

Die Psychosomatik von F. Alexander
und dem
Chikago Institute of Psychoanalyses

Alan Roland Markowitz

Aus der Dermatologischen -und Poliklinik München
Direktor: Prof. Dr. A. Marchionini

Die Psychosomatik von F. Alexander und
dem Chicago Institute of Psychoanalyses

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von
Alan Roland Markowitz
aus
New York, U.S.A.

München 1958



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Privatdozent Dr. Med. B o r e l l i

Dekan: Professor Dr. med. K. K o l l e

Tag der mündlichen Prüfung: 11.12. 1958

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung
2. Fundamentale Prinzipien der psychosomatischen Medizin
3. Emotionale Faktoren bei gastrointestinalen Störungen
 - A. Appetitlosigkeit
 - B. Störungen des Schluckvorgangs
 - C. Störungen der Magenfunktionen
 - D. Störungen der Ausscheidungsfunktionen
4. Emotionale Faktoren bei Atemstörungen
 - A. Bronchialasthma
5. Emotionale Faktoren bei kardiovaskulären Störungen
 - A. Tachykardie und Arrhythmie
 - B. Essentielle Hypertonie
 - C. Vasodepressorische Anfallszustände
 - D. Psychogene Kopfschmerzen und Migräne
6. Emotionale Faktoren bei Hautkrankheiten
7. Emotionale Faktoren bei metabolischen und endokrinen Störungen
 - A. Thyreotoxikose
 - B. Ermüdungszustände
 - C. Diabetes mellitus
8. Emotionale Faktoren bei Störungen in der Funktion der Gelenke und Skelettmuskeln
 - A. Primär chronische Arthritis
 - B. Neigung zu Unfällen
9. Die Funktionen des Sexualapparats und ihre Störungen
 - A. Die psychosexuelle Entwicklung
 - B. Sexuelle Funktionen im männlichen und weiblichen Individuum
 - C. Psychosexuelle Störungen

10. Diskussion und Zusammenfassung

11. Bibliographie

Lebenslauf

1. Einführung

Bei einer Übersicht des Beitrages, den die Gestaltpsychologie, Neurologie und Endokrinologie für das Gebiet der psychosomatischen Medizin geleistet hat, behauptet ALEXANDER, die wohl wichtigste Errungenschaft der Gestaltpsychologie bestehe in der klaren Formulierung der These, daß das Ganze mehr sei als die Summe seiner Teile. Es ist etwas grundsätzlich anderes, und durch das alleinige Studium der Teile kann das Gesamtsystem nie und nimmer verstanden werden. Die Teile können nur dann völlig begriffen werden, wenn die Grundbedeutung des Ganzen erkannt ist. Weiterhin, so fährt er fort, gehe die zentrale Lenkung von den höchsten Zentren des Nervensystems aus, und die psychologischen Aspekte eines Menschen machten seine Persönlichkeit aus. Die Physiologie behandelt die Funktionen des Zentralnervensystems in Begriffen von Zeit und Raum, während die Psychologie es in Begriffen verschiedener subjektiver Phänomene tut, die sozusagen subjektive Reflexionen physiologischer Prozesse sind. Alle Gefühlsregungen werden durch physiologische Veränderungen ausgedrückt, Furcht z.B. durch Herzklopfen, Scham durch Erröten und Ärger durch Ansteigen der Pulsfrequenz und des Blutdrucks. Alle diese physiologischen Phänomene sind das Resultat eines komplexen muskulären Zusammenspiels unter dem Einfluß nervöser Impulse - wie beim Herzen im Zustand der Angst - oder dem der adrenalen Drüsen oder des vaskulären Systems bei Ärger und Wut. Die nervösen Impulse entstehen aus gewissen emotionalen Situationen, die ihrerseits irgendwie geartete "Zusammenstöße" mit anderen Personen zur Ursache haben. Die ursprünglichen psychologischen Situationen können nur durch die Begriffe der Psychologie verständlich gemacht werden: als totale Reaktionen des Organismus auf seine Umwelt.

Das psychoanalytische Studium neurotischer Patienten hat gezeigt, daß unter dem Einfluß ausgedehnter Störungen des Gefühlslebens chronische Störungen der Körperfunktionen auftreten können. Solche chronischen körperlichen Veränderungen wurden zum ersten Mal bei hysterischen Patienten festgestellt. FREUD führte den Begriff "K o n v e r s i o n s h y s t e r i e" ein, der besagt, daß körperliche Symptome sich als Reaktionen auf chronische emotionale Konflikte entwickeln. Diese Veränderungen wurden an den willkürlich innervierten Muskeln und an den Sinneswahrnehmungen bemerkt. Eine der wichtigsten Entdeckungen FREUDS war die Tatsache, daß Gefühle, die nicht durch normale Kanäle - wie willentliche Aktivität - Ausdruck und Erleichterung finden, die Quelle chronischer physischer und psychischer Störungen werden können. Vom physiologi-

schen Standpunkt aus ähnelt ein Symptom der Konversionshysterie irgendeinem normalen Nervenreiz, Bewegungsausdruck oder einer normalen Sinneswahrnehmung. Bei der Hysterie liegt der motivierende psychische Impuls im Unbewußten.

Eine grundlegend andere Gruppe psychogener körperlicher Störungen ist diejenige, welche die inneren vegetativen Organe betrifft. Es ist eine bekannte Tatsache, daß emotionale Einflüsse die Funktion eines jeglichen Organs anregen oder behindern können. Wenn die emotionale Spannung nachläßt, kehren die Körperfunktionen in den Zustand ihres normalen Gleichgewichts zurück. Wenn jedoch eine solche emotionale Erregung oder Behinderung einer vegetativen Funktion chronisch und exzessiv wird, spricht man von einer *Organneurose*. Dieser Ausdruck umfaßt funktionelle Störungen vegetativer Organe, die zum mindesten teilweise durch Impulse - ausgelöst durch emotionale Prozesse - zustande kommen, die sich irgendwo in corticalen oder subcorticalen Gehirnregionen abspielen. Der Unterschied zwischen dem Symptom einer Konversionsneurose und dem einer vegetativen Neurose kann folgendermaßen definiert werden: ersteres ist ein symbolischer Ausdruck einer gefühlsgeladenen psychologischen Situation mit einer Tendenz, den Versuch zur emotionalen Entspannung zu unternehmen. Sie findet statt in den dem Willen unterworfenen neuromuskulären oder sensorischen Systemen, deren ursprüngliche Funktion der Ausdruck und die Verminderung emotionaler Spannungen ist. Eine vegetative Neurose indessen ist nicht ein Versuch, eine Emotion auszudrücken, sondern sie ist die physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf die ständige oder periodische Wiederkehr bestimmter emotionaler Reizzustände. Die Erhöhung des Blutdrucks, z.B., unter dem Einfluß von Wut erleichtert diese Wut nicht, ist aber eine physiologische Komponente des Gesamtphänomens Wut. Die einzige Ähnlichkeit zwischen konversionshysterischen Symptomen und vegetativen Reaktionen auf Gefühle besteht in der Tatsache, daß beide Antworten auf psychische Reize darstellen.

Die Entwicklung *psychogener Organstörungen* geht in 2 Phasen vor sich. Die erste ist eine Funktionsstörung des vegetativen Organs. Diese hat ihre Ursache in chronischen emotionalen Störungen. In der 2. Phase führt die chronische Funktionsstörung allmählich zu Veränderungen der Gewebe und zu einer unheilbaren organischen Erkrankung.

Wahrscheinlich - so denkt ALEXANDER - gehören viele chronische Erkrankungen unbekannter Genese eigentlich in das Gebiet der psychosomatischen Medizin. Die Ätiologie vieler Drüsenstörungen weist vielleicht wichtige emotionale Faktoren auf. Viele chronische Störungen haben ihre Ursache nicht in äußeren, mechanischen Faktoren oder im Mikroorganischen, sondern in dem ständigen psychischen Reiz, dem das im Existenzkampf stehende Individuum ausgesetzt ist. Die Unter-

drückung von Angst, Schuldgefühlen und unerfüllbaren Wünschen ruft im Gefühlsleben permanente Spannungen hervor, welche die Funktionen der vegetativen Organe stören. Es besteht viel Grund zu der Annahme, daß gewisse emotionale Konflikte bestimmte innere Organe in besonderem Maße angreifen. Unterdrückte Wut z.B. scheint eine spezifische Verwandtschaft zum kardiovaskulären System zu haben, Hilflosigkeits- und Abhängigkeitstendenzen drücken sich oft in Störungen des Verdauungstraktes aus. Das Problem sexueller Hörigkeit hat bestimmte Einflüsse auf die Atemfunktionen (2, 4, 20, 26, 32, 33, 34, 37, 39, 46, 48, 52, 58, 59, 70, 71, 88). Bei der Klärung des Begriffs "psychosomatisch" ist zu beachten, daß dieser nur zur Bezeichnung einer Methode - sowohl in der Forschung als auch in der Therapie - dienen sollte. Mit anderen Worten: der gleichzeitige und koordinierte Gebrauch der somatischen Methoden - z.B. der physiologischen, anatomischen, pharmakologischen, chirurgischen und diätetischen einerseits und der psychologischen Methoden und Ideen andererseits.

2. Fundamentale Prinzipien der psychosomatischen Methodik

Nach ALEXANDER bezieht sich der Ausdruck "Psychogenese" auf diejenigen physiologischen Prozesse, die aus zentralen Erregungszuständen im Nervensystem bestehen. Diese können mit Hilfe psychologischer Methoden studiert werden, da sie subjektiv in Form von Gefühlen, Ideen oder Wünschen zutage treten.

Die physiologischen Funktionen, die durch psychische Vorgänge beeinflußt werden, sind die dem Willen unterworfenen Verhaltensweisen, expressive Innervationen und vegetativen Reaktionen auf emotionale Zustände. Das willkürliche Verhalten entsteht unter dem Einfluß psychischer Motivationen; so löst z.B. das Hungergefühl gewisse koordinierte Bewegungen aus, die dazu angetan sind, Nahrung zu erlangen und den Hunger zu stillen. Expressive Innervationen sind physiologische Prozesse wie z.B. Weinen, Seufzen, Lachen, Erröten, Gestikulieren und Grimassieren. Sie treten unter dem Einfluß bestimmter emotionaler Spannungen auf. Alle diese komplexen Bewegungen lösen gewisse Emotionen aus und beseitigen zugleich eine spezifische emotionale Spannung wie Traurigkeit, Selbstmitleid, Humor etc. Pathologische Veränderungen, die solche Ausdrucksvorgänge in sich schließen, werden im allgemeinen dem Gebiet der Psychiatrie zugeordnet. Emotionen, die verdrängt werden, da sie sich mit dem sonstigen Zustand der Persönlichkeit in Konflikt befinden, können nicht auf den üblichen Wegen expressiver Innervationen entladen werden und der Patient muß seine eigenen expressiven Innervationen in der Form von Konversionssymptomen erfinden, die zum Teil der Entladung der unterdrückten Emotionen dienen und zum Teil der Verteidigung gegen ihren direkteren Ausdruck. Manchmal erfolgt die Entladung durch die üblichen und angemessenen Vorgänge, wie etwa bei hysterischem Weinen und Lachen. Die vegetativen Reaktionen auf emotionale Zustände bestehen in Reaktionen der Eingeweide auf emotionale Stimulanten. Das sympathische Nervensystem ist z.B. bei der Vorbereitung des Organismus auf Angriff oder Flucht ("fight or flight") beteiligt, indem die vegetativen Vorgänge in einer Weise modifiziert werden, die sich in Notsituationen als am nützlichsten erweist (26). Bei der Vorbereitung auf Angriff oder Flucht oder während dieser Aktionen hemmt es alle anabolischen Prozesse und somit alle gastrointestinale Tätigkeit. Es stimuliert die Herz- und Lungentätigkeit und verändert die Blutverteilung, indem es das Blut aus den Bezirken des Splanchnicus in die Muskeln, die Lungen und das Gehirn austreibt, wo Energie für die verstärkte Betätigung gebraucht wird. Zugleich steigt der Blutdruck an, Zucker wird aus den

Depots ausgeschüttet und das Nebennierenmark angeregt. Im allgemeinen kann man sagen, daß das Individuum sich unter parasymphathischer Einstellung von seinen Umweltsproblemen in eine rein vegetative Form der Existenz zurückzieht. Unter der Stimulation des Sympathicus vernachlässigt es seine friedlichen Funktionen des Wachsens und Gedeihens und wendet seine ganze Aufmerksamkeit den momentanen Umweltsanforderungen zu. Bei neurotischen Störungen ist diese Harmonie zwischen der äußeren Situation und den inneren, vegetativen Vorgängen unterbrochen. Dies kann sich in verschiedener Weise ausdrücken. Im allgemeinen können die emotionalen Störungen vegetativer Funktionen in zwei grundlegende emotionale Erscheinungsformen unterteilt werden: erstens, Vorbereitung auf Angriff oder Flucht in einer Notsituation, zweitens, Zurückweichen vor äußerlicher, gezielter Aktivität. Die Störungen der ersten Gruppe sind das Resultat der Unterdrückung feindseliger, selbstbestätigender Impulse. Da diese Impulse unterdrückt werden, können die dazugehörigen Aktionen (Angriff oder Flucht) nie durchgeführt werden, obgleich der Organismus physiologisch vorbereitet ist. Wenn das wiederholt geschieht, kann dieser physiologische Angleichungsprozeß chronisch werden, z.B. in Form von erhöhter Pulsfrequenz, erhöhtem Blutdruck, vermehrter Kohlenhydratverbrennung und Erhöhung des Grundumsatzes. Bei normalen Individuen kehren, nachdem die betreffenden Aufgaben (Angriff oder Flucht) erfüllt sind, die physiologischen Vorgänge zur Norm zurück. Bei essentieller Hypertonie wird die Erhöhung des Blutdrucks unter dem Einfluß aufgetauter, nie wirklich zur Entladung gekommener Gefühlsstände gehalten. Psychische Einflüsse auf das Regulationszentrum des Zuckerstoffwechsels spielen beim Diabetes mellitus wahrscheinlich eine wichtige Rolle. Bei primär chronischer Arthritis scheint der ursächliche Faktor eine chronische Muskelspannung als Folge unterdrückter Angriffsimpulse zu sein. Der Einfluß dieser Arten von Emotionen auf die endokrinen Funktionen kann bei Thyreotoxikosen beobachtet werden. Reaktionen der Gefäße auf psychische Spannungen sind für bestimmte Formen von Kopfschmerzen von Bedeutung. Bei all diesen Beispielen werden gewisse Phasen der vegetativen Vorbereitung auf konzentrierte Aktion zu Dauerzuständen, da die darunter liegenden Motivkräfte neurotisch behindert und nicht in der entsprechenden Aktion befreit werden.

Bei der zweiten Gruppe neurotischer Individuen handelt es sich sozusagen um ein vegetatives Zurückweichen, diejenige Handlung nämlich, die für den Organismus im Ruhezustand charakteristisch ist. Anstatt den Notwendigkeiten ins Auge zu blicken, ist hier der erste Impuls, nach Hilfe zu suchen wie ein Kind. Ein Beispiel dafür ist die Diarrhoe: wenn der Mensch in Gefahr ist, erfüllt er - anstatt sich in angepaßter Weise zu verhalten - eine vegetative Aufgabe, für die er als Kind von seiner Mutter gelobt worden war.

Die erste Gruppe zeigt die für die Adaptation verlangte vegetative Reaktion und die Störung besteht in der Tatsache, daß die vegetative Vorbereitung für eine Aktion zu einem chronischen Zustand wird. Die zweite Gruppe verhält sich paradox; anstatt zu einer äußeren, gelenkten Handlung zu schreiten, zieht sie sich auf einen vegetativen Zustand zurück. Das ist eine Umkehrung des Normalen. Eine große Anzahl der sogenannten funktionellen Störungen des Gastrointestinaltrakts gehört hierher. Alle Formen nervöser Verdauungsstörungen, nervöser Diarrhoe, Kardiospasmen, verschiedene Formen der Kolitis und bestimmte Arten von Obstipation sind erwähnenswerte Beispiele. Diese gastrointestinalen Reaktionen auf emotionalen Druck werden als regressive Verhaltensweisen angesehen, da sie ein Wiederauftreten körperlicher Reaktion auf psychische Spannungen darstellen, die für die Kindheit charakteristisch sind. Ebenso wie beim Kind die seelische Spannung des Hungers durch Nahrungsaufnahme gelöst wird, so werden durch denselben Vorgang auch beim Erwachsenen unangenehme Spannungszustände verschiedener Art ausgeglichen. Dieser Gruppe gehören auch Müdigkeitserscheinungen auf Grund von Störungen des Zuckerstoffwechsels an und Bronchialasthma auf Grund des Sichzurückziehens von Aktivität in eine abhängige, hilfeheischende Einstellung. Alle Störungen dieser Art werden durch das parasympathische Nervensystem stimuliert und durch das sympathische behindert. Die anfängliche Störung mag sehr wohl durch ein Übermaß sympathischer oder parasympathischer Stimulation verursacht sein. Bald aber kompliziert sich die Situation durch gegenregulatorische Mechanismen, die den h o m e o s t a t i s c h e n Ausgleich zum Ziel haben. Bei allen vegetativen Funktionen sind beide Komponenten des autonomen Nervensystems beteiligt. Wenn eine Störung einmal eingesetzt hat, ist es nicht mehr möglich, die auftretenden Symptome ausschließlich den sympathischen oder den parasympathischen Einflüssen zuzuschreiben. Wie charakteristisch die physiologischen Reaktionen für die verschiedenen Stimuli sind, ist bis jetzt noch eine offene Frage. In der Theorie finden sich prinzipiell zwei Verhaltensweisen: die erste versucht, mit der spannungserzeugenden Situation fertig zu werden, indem sie ihr aktiv begegnet. Die zweite Ansicht neigt dazu, sich vor der spannungschaffenden Situation in eine erhöhte Abhängigkeit zurückzuziehen, wie das kleine Kind, das seine Mutter um Hilfe bittet, anstatt sich der Situation selbst zu stellen. Im Einklang mit CANNONS Ideen behauptet ALEXANDER, die erste Verhaltensweise sei die Folge erhöhter sympathischer, die zweite eine Folge erhöhter parasympathischer Erregung.

Spezifisch ist dabei nicht die Anwesenheit des einen oder anderen dieser psychischen Faktoren, sondern die der dynamischen Ausprägung, in der sie in Erscheinung treten. Diese Art von Spezifität ähnelt derjenigen, die man in der

Stereochemie findet. Die sich zusammensetzenden Teile in den verschiedenen organischen Verbindungen sind die gleichen Atome wie Kohlenstoff, Wasserstoff, Sauerstoff und Stickstoff, jedoch werden sie in einer großen Anzahl verschiedener Strukturbilder verbunden, und jede Kombination stellt eine Substanz von hoher spezifischer Qualität dar.

Eine geheimnisvolle und vage Verbindung zwischen Persönlichkeit und Krankheit besteht nicht. Es gibt eine deutliche Korrelation zwischen gewissen psychischen Konstellationen und gewissen vegetativen Innervationen. Z.B. drücken sich chronisch verdrängte feindselige Impulse in einer anhaltenden Blutdruck-erhöhung aus und hilfeschende Abhängigkeitszustände in erhöhter Magensekretion.

Im Hinblick auf die Verbindungen der nervösen und hormonellen Mechanismen zur Krankheit ist SELYE'S Adaptationssyndrom von Bedeutung (77). Er behauptet, daß der Organismus auf eine große Zahl von Stress-Situationen mit physiologischen Abwehrmechanismen antwortet, die im wesentlichen von der Integrität des Nebennierenrindenkortex abhängen, und daß die übermäßige Aktivität dieser Drüse für die sogenannten Adaptationskrankheiten verantwortlich ist. Der Organismus wird gewissermaßen durch ein Übermaß seiner eigenen Abwehrmechanismen geschädigt. Unter besonderen experimentellen Bedingungen (Belastungen mit nichtspezifischen schädlichen Stoffen) kann Hypertension, Nephrosklerose, Veränderung des Herzmuskels und eine Arthritis entstehen. All diese Erscheinungen können auf eine erhöhte Hypophysenvorderlappen (ACTH)- und Nebennierenrindensekretion zurückgeführt werden, die ursprünglich zur Steigerung der Resistenz des Organismus in Gang gebracht wurden. LONG und Mitarbeiter (54) fügten den SELYE'schen Beobachtungen noch weitere hinzu, indem sie nachwiesen, daß die erhöhte Sekretion der Rindenhormone von einer vorhergehenden Ausschüttung von Hypophysenvorderlappensekret abhängt, ein Vorgang, der wiederum durch die Ausschüttung von Adrenalin aus dem Nebennierenmark stimuliert wird. Die Kettenreaktion besteht damit in einem Stress, der den Hypothalamus anregt. Die Hypothalamusreizung stimuliert den Sympathicus, was eine Adrenalin-ausschüttung zur Folge hat. Dadurch werden die tropen Hormone der Hypophyse (ACTH) ausgeschüttet, wodurch es letztlich zu einer Stimulation der Thyreoidea und der Nebennierenrinde kommt. Nach Beobachtungen von SAWYER und Mitarbeitern (56, 73) ist an die Möglichkeit eines direkteren Einflusses des Hypothalamus auf den Hypophysenvorderlappen durch humorale Agentien zu denken, die im hypothalamischen Gewebe entstehen. Dies tritt ein, wenn eine Stimulation durch Nervenimpulse erfolgt. Untersuchungen bei Kaninchen deuten darauf hin, daß bei sympathischer Stimulation eine adrenalinartige Substanz im hypothalami-

schen Gewebe erzeugt wird, die auf dem Blutweg zur Hypophyse gelangt. Es scheint somit, daß neurale Mechanismen bei akuten Stress-Situationen von primärer Bedeutung sind. Indessen scheinen unter chronischen Reizsituationen die nachfolgenden hormonalen Reaktionen allmählich das Ganze zu beherrschen.

3. Emotionale Faktoren bei gastrointestinalen Störungen

Der Prozeß der Nahrungsaufnahme ist in der frühen Kindheit die Achse des Lebens. Das kindliche Universum hat seinen Mittelpunkt in der Ernährung, und die stärksten Gefühlsregungen - Mißbehagen und Genugtuung - kommen im Gefolge der verschiedenen dazugehörigen Funktionen. Im allgemeinen haben extravertierte Neigungen, vor allem intensiver Haß oder starke Angst, einen hemmenden Einfluß auf den Magen-Darmtrakt, auf die Sekretionen sowohl wie auf die peristaltischen Vorgänge. Die Faktoren, die normalerweise die gastrointestinalen Funktionen anregen, sind Hunger, Anblick und Geruch von Essen, der Wunsch, genährt zu werden und - weniger konkret - der nach Hilfe und Entspannung.

Zum Verständnis der Störungen von Appetit und Nahrungsaufnahme bedarf man der Kenntnis der Psychologie des Ernährungsvorgangs. Das Kind erfährt an der Brust der Mutter zum ersten Mal die Befreiung von physischem Unbehagen, und so entsteht eine tiefe Verbindung zwischen der Stillung des Hungers und dem Gefühl des Wohlbehagens und der Sicherheit. Die Angst, zu verhungern, wird zum Kernpunkt aller Unsicherheit. Die Nahrungsaufnahme ist ebenfalls verbunden mit dem Gefühl des Geliebtwerdens. Eine andere psychische Einstellung, die das Kind mit Hunger und Nahrung verbindet, ist die Besitzgier mit all ihren Ausdrucksformen (Gier, Eifersucht, Neid). Für das Kind ist Besitzergreifen gleich Essen. Die Verdrängung dieser Tendenz zum Besitzen und Empfangen führt zu dem aggressiven Impuls, mit Gewalt zu nehmen, was nicht freiwillig gegeben wird. So ist das Beißen ursprünglich ein Zeichen von Feindseligkeit (orale Aggression). Eine andere wichtige emotionale Verbindung von Saugen und angenehmen Sensationen in den Schleimhäuten von Mund und Zunge, die das Kind immer reproduzieren will, ist das Daumenlutschen. Das ist ein früher Vorläufer des späteren Genitalroizes, den der Erwachsene beim Küssen empfindet. Wenn die beschriebenen Emotionen unterdrückt und so durch den Willen davon abgehalten werden, sich auszudrücken, schaffen sie eine andauernde Spannung und können auf vegetativen Wegen in verschiedenen Phasen des Nahrungsaufnahmeprozesses chronische Störungen

gen hervorrufen.

Wenn Appetitlosigkeit das hervorstechendste Symptom darstellt und sonst keine Anhaltspunkte für größere Psychosen vorhanden sind, wird die Diagnose *Anorexia nervosa* gestellt.

Es ist möglich, daß, wenn sich infolge einer psychischen Störung einmal eine Anorexie entwickelt hat, ein Circulus vitiosus entsteht, der in der verminderten Aktivität verschiedener endokriner Drüsen sein Ende finden kann. TALBOT und Mitarbeiter (84) beobachteten Wachstumsverminderung und Zwergwuchs als Resultat einer durch emotionale Störungen hervorgerufenen Anorexie. Die konsequente Ablehnung der Brustwarze, die einigen Kindern gleich nach der Geburt eigen ist, kann als der früheste Prototyp der Anorexie betrachtet werden. Wir befassen uns mit dem Widerstand des Organismus gegen die Adaptation, die durch die Veränderung der Lebensbedingungen nach der Geburt nötig wird. Die psychoanalytische Beobachtung zeigt, daß unbewußte aggressive Besitzimpulse wie Neid und Eifersucht die ausgeprägtesten Faktoren bei der Anorexie sind. Wenn diese Impulse durch das bewußte Gewissen gehemmt werden, können schwere Eßschwierigkeiten entstehen. Nachdem das Essen auch als Belohnung aufgefaßt wird, kann ein schlechtes Gewissen zu Appetitstörungen führen, d.h. der Patient gesteht sich selbst die Sättigung nicht zu (Fasten als Form der Reue). Ein anderer ganz gewöhnlicher psychologischer Faktor bei diesen Patienten ist eine unbewußte Trotzreaktion. Der Patient benimmt sich wie ein Kind, das die Nahrung zurückweist, um damit die Sorge und Aufmerksamkeit der Eltern in besonderem Maße auf sich zu lenken. Eßschwierigkeiten können auch durch die Assoziation des Hungergefühls mit ichfremden sexuellen Impulsen auftreten.

Eine andere Form von Eßschwierigkeit ist die Verlegenheit und Hemmung, in Gegenwart einer bestimmten anderen Person zu essen, wie es z.B. einem jungen Mädchen in Anwesenheit des Mannes ihrer Neigung ergehen kann. Der Grund dafür können unbewußte Sexualvorstellungen mit aggressiver Grundstimmung sein (orale Kastrationswünsche).

Bei psychogener Bulimie ist der verstärkte Hunger nicht durch einen Mehrbedarf an Nahrung bedingt. Hier ist das Essen eine Ersatzbefriedigung für verdrängte emotionale Wünsche, die im Grunde mit dem Ernährungsprozeß nicht das mindeste zu tun haben. WULFF (90), SCHMEID (75), CORIAT (30) und BENEDIK (23) glauben, Eßstörungen seien zumeist das Resultat emotionaler Verdrängung. Ein intensives Begehren nach Liebe und aggressive Besitzwünsche - die Tendenz, zu verschlingen - bilden die unbewußte Grundlage für krankhaft gesteigerten Appetit. Das Ziel der Psychotherapie ist bei solchen Fällen, die unterdrückten psychischen Spannungen dem Patienten bewußt

zu machen und ihm so die Möglichkeit zu geben, in normalen menschlichen Bindungen einen adäquaten Ausdruck für sie zu finden. Beim nervösen Erbrechen ist die Nahrungsaufnahme behindert. Der Patient gibt das Essen infolge psychischer Konflikte immer wieder von sich. Psychoanalytische Techniken enthüllten intensive Schuldgefühle, deren Ursache aggressiv gierige Wünsche gewesen waren (24, 53). Das nervöse Erbrechen drückt die Tendenz aus, das wieder von sich zu geben, was der Patient in seinen unbewußten Vorstellungen an sich gerissen hat. Ein anderer bekannter Faktor ist die Abwehr gegen eine unbewußte Sehnsucht nach Schwangerschaft.

Unter den Störungen des Schluckvorgangs ist als erste die Ösophagusneurose zu nennen. Hier ist die Grundlage eine unbewußte Abwehr gegen die Nahrungsaufnahme, deren Grund aggressive Impulse, oft sexueller Natur (Kastrationswünsche), sind. KRONFIELD (51) hat herausgefunden, daß der Ekel bei diesen Störungen eine große Rolle spielt, da er eine Kombination von Versuchung und Abwehr mit wechselnden Gefühlen gegenüber der Inkorporation darstellt. Er empfiehlt als Therapie jede Methode schneller Erleichterung wie etwa spasmolytische Medikamente, Diathermie und schnell wirksame psychotherapeutische Methoden. Was die Cardiospasmen betrifft, so folgert E. WEISS (85), sie stellten eine Störung dar, in deren Ätiologie somatische Disposition und plötzliche emotionale Spannungen zusammenwirken. Er klassifizierte den Cardiospasmus oberflächlicher Weise als eine der Konversionshysterien und nahm an, daß er als solche in unbewußter Symbolik die Behauptung "Das kann ich nicht schlucken" ausdrücken will. In einer tieferen Schicht sind noch sexuelle, feindselige und selbstbestrafende Merkmale von ätiologischer Bedeutung. Die Therapie besteht in mechanischer Ablenkung und psychischer Behandlung.

Eine andere Störung der Magenfunktionen ist die gastrische Neurose. Die Störungen der motorischen und sekretorischen Funktionen des Magens und des Duodenums können sekundär falschen Eßgewohnheiten, schlechter Verdauung und dem Luftschlucken zugeschrieben werden, welche Symptome emotionaler Konflikte sein können. Die extreme Verschiedenheit und Komplexität der Symptome macht eine starke Differenzierung zwischen psychogenen (funktionellen) und lokalen (organischen) Faktoren unmöglich. Vergleichende klinische Studien, die das Chicago Institute für Psychoanalyse durchgeführt hat, haben gezeigt, daß bei allen Patienten, die an psychogenen gastrischen Beschwerden leiden, unterdrückte hilfeheischende Abhängigkeitstendenzen eine große Rolle spielen. Eine starke Fixierung der frühen Abhängigkeitssituationen in der Kindheit kommt in Konflikt mit dem erwachsenen Ego und verursacht verletzten Stolz, und nachdem dieses Abhängigkeitsgefühl dem Wunsch nach Unabhängigkeit und Selbstbe-

stätigung widerspricht, muß es unterdrückt werden (14). Die emotionalen Spannungen bestehen in einer intensiven Sehnsucht nach Ruhe, Sicherheit und Hilfe. Die Therapie soll sein: Ruhe, Wechsel der Umweltsbedingungen und Befreiung von emotional verwirrenden Lebensproblemen.

Studien über das p e p t i s c h e U l c u s wurden in dem Chicago Institute für Psychoanalysis durchgeführt und zeigen, daß Magensymptome und sogar peptische Ulcera bei bestimmten Persönlichkeitstypen eher vorkommen als bei anderen, aber schon in den frühen Stadien dieser Forschungen fanden sich Ausnahmen, die einen nicht dazu ermutigen, solche Verallgemeinerungen als gültig anzusehen. Es war nicht so sehr ein Persönlichkeitstyp, der den Magengeschwürpatienten charakterisierte, als vielmehr eine typische Konfliktsituation, die bei sehr vielen verschiedenen Persönlichkeitstypen vorkommen kann. Man hat beobachtet, daß der Wunsch, in der kindlichen Abhängigkeits-situation zu bleiben und geliebt und umsorgt zu werden, mit dem Stolz des Erwachsenenego und seinem Streben nach Leistung, Unabhängigkeit und Selbstachtung in Konflikt kommt. Der Patient hat ein unbewußtes Bedürfnis nach der behüteten Existenz des Kleinkindes, verbirgt aber diese Tendenz vor sich selbst und unterdrückt sie, damit sie in seinem Benehmen gegenüber seinen Mitmenschen nicht zum Ausdruck kommen kann. Unterdrückte Sehnsucht nach Liebe ist ein unbewußter, psychologischer Stimulus, der direkt mit jenem physiologischen Prozeß verbunden ist, der zur Magengeschwürbildung führt. Dieses Bedürfnis ist der Grund für die günstige Wirkung einer Ruhekur, während der der Patient von seinen normalen Verantwortlichkeiten und dem täglichen Existenzkampf befreit wird. Die schwere organische Erkrankung rechtfertigt ein solches Sich-Zurückziehen. Diese ersten Ergebnisse des Chicago-Institutes sind durch weitere Studien bekräftigt worden. Aus den Forschungen, die ALEXANDER (13), KAPP, ROSENBAUM, M. und ROMANO (48) bei 20 Magengeschwürpatienten beschrieben haben, ist zu entnehmen, daß - obgleich die Konfliktsituationen bei allen die gleichen waren - die daraus resultierende Persönlichkeitsfassade von Übertriebener Abhängigkeit bis zu parasitenhafter Abhängigkeit variiert. Wenn man das Problem psychosomatisch betrachtet, zeigt sich, daß das unterdrückte Bedürfnis nach Liebe und Hilfe die Innervationen des Magens mobilisiert, die seit dem Beginn des extrauterinen Lebens mit den primitivsten Formen des Empfangens assoziiert gewesen waren, nämlich mit dem Prozeß der Nahrungsaufnahme. Die Aktivierung dieser Prozesse dient als chronisches Stimulans für die gastrischen Funktionen. Der Magen reagiert fortwährend, als ob er eben bei oder kurz vor der Nahrungsaufnahme sei. Die Symptome des nervösen Magens (epigastrische Krisen, Herzschmerzen, Aufstoßen) sind wahrscheinlich Manifestationen dieser chronischen Stimulation, die in einigen

Fällen zur Geschwürbildung führen kann (14). Die Tatsache, daß nicht alle Patienten mit gastrischen Neurosen oder chronischer funktioneller Hypersekretion Ulcera entwickeln, regt zu der Frage an, ob eine konstitutionelle oder erworbene Schwäche des Magens die Vorbedingung zum Entstehen eines Magengeschwürs ist. Studien von WOLFF und WOLFF (89), die durch klinische Ergebnisse des Chicago Institute für Psychoanalysis bestätigt wurden, ergaben bei einem Patienten mit einer chronischen Magenfistel Hyperämie, Hypermotilität und Hypersekretion als Reaktion auf ein Gefühl der Unsicherheit und der feindseligen Aggressivität. Als er seine emotionale Sicherheit wiedergewann, kehrten seine Funktionen zur Normalität zurück.

Während bei der Ätiologie des peptischen Ulcus die Bedeutung emotionaler Faktoren eigentlich allgemein anerkannt ist, gehen die Meinungen bezüglich der Art dieser Emotionen noch auseinander. Forscher wie KAPP, ROSENBAUM, ROMANO, RUECH und andere (48, 70), die das Problem von der klinischen Seite her angehen, legen das Hauptgewicht auf die oral-rezeptive Tendenz, die sich entweder in offenen Abhängigkeitsgefühlen oder in ihrer Leugnung manifestiert.

Die somatischen Reaktionen auf Angst variieren gemäß den angewendeten psychologischen Abwehrmaßnahmen. Die zwei Möglichkeiten sind: der Angst aggressiv zu begegnen (Hebung des Blutdrucks, der Pulsfrequenz etc.) oder regressiv durch den Rückzug in die Hilflosigkeit und das Streben nach Schutz. Verstärkte Magensekretion gehört zu diesem letzteren Typ eines regressiven, infantilen Status, in dem sich der Patient wie ein Kind benimmt, das sich an seine Mutter um Hilfe wendet. ALEXANDER glaubt, daß die endgültige Bestätigung der gängigen Ansichten über psychodynamische Faktoren bei der Ätiologie von peptischem Ulcus nur von Studien kommen kann, die lang sich hinziehende Messungen der gastrischen Tätigkeiten bei Menschen zur Grundlage haben, und zwar unter den Bedingungen des emotionalen Stress des täglichen Lebens. MIRSKY und Mitarbeiter (25, 65, 67) wiesen nach, daß die sekretorische Tätigkeit des Magens mit einer Ausscheidung von Uropepsin (Pepsinogen) im Urin einhergeht und daß die Uropepsin-Ausscheidungsrate als Index der Magensekretionsrate dienen kann. Die Magensekretionsausscheidung wurde zwei Jahre lang gemessen und MIRSKY kam dann zu dem Ergebnis, daß offener Ärger, Ressentiments und Hemmungen sowie eine Anzahl anderer dominierender Emotionen, derer sich der Patient bewußt war, die Rate der Magensekretion nicht wesentlich beeinflussten. Jedenfalls konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der Uropepsinexkretion und der Mobilisation der oral-rezeptiven und inkorporativen Wünsche beobachtet werden, derer sich der Patient nicht bewußt war. Wo sich das Individuum des Ärgers und der Ressentiments bewußt war oder Anzeichen starker Angst zeigte, bewiesen

Analysen des psychologischen Materials ganz klar, daß die Mobilisation des Wunsches nach Umsorgung oder der Angst, die Abhängigkeit zu verlieren, der hauptsächlichste dynamische Faktor beim Ansteigen der gastrischen Tätigkeit war. Die Behandlung hat lediglich prophylaktischen Wert und hat zum Ziel, emotionale Krisen bei ihrem Wiederauftreten abzufangen.

Nun müssen noch die Störungen der Ausscheidungs-vorgänge besprochen werden. Während das Streben nach Sicherheit und der Wunsch, mit Gewalt zu nehmen, was man nicht freiwillig bekommt, geliebt zu werden und sich an jemand anzulehnen, sehr eng mit den inkorporativen Aspekten des Ernährungsvorganges verbunden sind, gerät der Ausscheidungsakt schon in früher Kindheit in Zusammenhang mit den Gefühlen der Besitzgier, des Stolzes auf eigene Leistungen und auch der Tendenz, gewisse feindselige Impulse (Angreifen, Beschmutzen) auszusenden oder zurückzuhalten. Das Kind entdeckt, daß durch Stuhlretention am anderen Ende des Ernährungsweges eine ebenso erfreuliche Empfindung ausgelöst werden kann wie das Daumenlutschen, das frühzeitig von den Eltern unterbunden wird. Während der Periode des Sauerwerdens verliert es die Unabhängigkeit bezüglich seiner Ausscheidungsfunktionen und tauscht dafür Lob, Liebe und manchmal materiellen Besitz - wie etwa Süßigkeiten - ein. So wird die Ausscheidung gleichgesetzt mit der Idee des Besitzes. Das Kind ist seinen Exkrementen sozusagen zugetan, die Exkremente sind ein wertvoller Besitz, eine Quelle des Vergnügens und ein Tauschobjekt für das Kind. Jedoch wird diese koprophile Einstellung durch erzieherische Prozeduren sehr bald in ihr Gegenteil verkehrt, Ekel und Minderwertigkeitsgefühle entstehen, welche die Basis der sadistisch aggressiven und beschmutzenden Tendenz des Ausscheidungsvorganges sind. Im späteren Leben verschwinden diese emotionalen Verbindungen mehr oder weniger aus dem Bewußtsein, bleiben aber im Gefühlsleben tief verwurzelt und können in den neurotischen Symptomen psychisch gestörter Patienten oder sogar in den Träumen normaler Erwachsener wieder auftreten. Diese frühen Phasen der emotionalen Entwicklung bieten die Erklärung dafür, wie der Zusammenhang zwischen den Exkrementfunktionen und dem Gefühl der Leistung sowie Geben und Nehmen entstanden ist und wie das Exkrement zu einem Symbol des Besitzes werden konnte. Dieses Wissen ist grundlegend für das Verständnis der psychogenen Diarrhoe und Verstopfung. Bei der Betrachtung der chronischen Diarrhoe, der spastischen Kolitis und der schleimigen Kolitis ist es eine offene Frage, ob diese verschiedenen Formen von Darmbeschwerden verschiedene Phasen oder verschiedene Manifestationen ein und desselben Grundzustandes sind. Die emotionalen Faktoren können eine grundlegende ätiologische Bedeutung haben, können aber auch nur eine bestehende lokale

Störung verschlimmern. Die chronische Diarrhoe kann ein Symptom sowohl einer organischen wie einer neurotischen Störung sein, die unter Umständen gleichzeitig vorhanden sein können, und es ist nicht immer möglich, zwischen diesen beiden Faktoren zu unterscheiden. WHITE, COBB und JONES (86) behaupten, die schleimige Kolitis sei eine Störung des physiologischen Funktionierens des Kolons und entstehe durch exzessive Aktivität des parasympathischen Nervensystems, die ihrerseits emotionalen Spannungen zugeschrieben werden könne. Ihre psychologischen Ergebnisse decken sich mit denen der Chicago School bezüglich der verschiedenen Kolitis-Formen (87). Übergewissenhaftigkeit, Abhängigkeit, Empfindlichkeit, Angst und Schuldgefühle sowie Ressentiments sind psychische Kennzeichen der meisten Patienten mit schleimiger Kolitis. Die psychoanalytischen Studien dieser drei Arten von Störungen offenbaren eine typische Konfliktsituation, die ihren Schwerpunkt in intensiven Forderungen (oral-aggressiv) hat. Diese Patienten versuchen, ihre Abhängigkeitswünsche durch Überaktivität zu kompensieren und ihren Drang zu schenken durch Diarrhoe-Attacken anstelle wirklicher Leistungen und Gaben. Manchmal nimmt dies die Form der ängstlichen Sorge bezüglich bestimmter Verpflichtungen an, wie z.B. die Unterstützung anderer Personen durch Geldmittel. Manchmal empfindet er hingegen einen heftigen Widerwillen gegen die Anstrengung harter, systematischer Arbeit und gegen die Erfüllung der Aufgaben, zu denen er sich verpflichtet fühlt. Der unterdrückte psychologische Faktor, der zu dem Symptom gehört, ist das mächtige Bedürfnis, zu schenken und etwas zu leisten, das als Kompensation auf starke empfangende Tendenzen - wenn es unterdrückt und von willentlicher Auswirkung ausgeschlossen wird - einen besonderen Einfluß auf die Darmfunktionen zu haben scheint. Feindselige Impulse verursachen die Entwicklung von Schuldgefühlen und so entstehen Wiedergutmachungswünsche.

Die genauen physiologischen und psychologischen Mechanismen, die für ulcerative Kolitis verantwortlich sind, sind umstritten. Studien des Chicago Institute enthüllen ein Vorwiegen jener emotionalen Faktoren, die seit den frühen Lebensjahren mit den Ausscheidungs- und Ernährungsfunktionen zu tun haben. Die Tatsache, daß die integrative Fähigkeit des Ego vieler Patienten mit ulcerativer Kolitis ziemlich hoch ist und daß in der Folge davon eine Tendenz zur Projektion und zu psychotischen Zwischenfällen entsteht, mag von einiger Bedeutung sein. Was die allgemeine Psychodynamik der Ausscheidungsfunktionen betrifft, so zeigen sich zwei emotionale Faktoren als besonders wichtig: erstens die verhinderten Tendenzen, eine Verpflichtung zu erfüllen, sei sie nun biologischer, moralischer oder materieller Art, zweitens der gehemmte Ehrgeiz, irgendetwas zu leisten, was einen Aufwand konzentrierter Energie erfordert. Einige spezifische, lokal-somatische Faktoren mögen ver-

antwortlich für die Tatsache sein, daß bei einigen Patienten eine anale Regression Darmgeschwüre fördert. Bei der Diskussion physiologischer Mechanismen glaubt MURRAY, daß emotionale Konfliktsituationen die vegetativen Zentren auf parasymphathischen Wegen zum Kolon reizen. SULLIVAN nahm an, daß die verdauende Wirkung der Dünndarmflüssigkeit höher ist als die normale - manchmal geringe - schützende Kraft der Schleimhaut.

Das Ergebnis ist eine oberflächliche Verdauung, die einer Invasion von Bakterien den Weg bereitet und so zu ulcerativer Kolitis führt. MEYER (60, 61) schloß aus den Ergebnissen seiner experimentellen Arbeiten, daß das Lysozym, ein mucolytisches Enzym, durch parasymphathische Einflüsse frei wird und der Schleimhaut ein schützendes Mucin entzieht, was zu einer verstärkten Verletzbarkeit des tryptischen Enzyms führt, das im Darminhalt vorhanden ist. Wenn man bedenkt, daß bei Zwangsneurotikern der gleiche Typ von Konfliktsituation vorliegt wie bei Patienten mit paranoiden Symptomen, erscheint es möglich, daß somatische Faktoren eine wichtige Rolle bei der Entstehung organischer Darmstörungen spielen.

Bei c h r o n i s c h e r p s y c h o g e n e r V e r s t o p f u n g sind folgende psychodynamische Faktoren typisch: pessimistische, defaitistische Einstellung, Mißtrauen gegenüber der Mitwelt und das Gefühl, ungeliebt und zurückgestoßen zu sein. In übertriebener Weise kommen diese Gefühle bei Paranoia und schwerer Melancholie zum Ausdruck. ALEXANDER und MENNINGER (15) haben das bewiesen. Der emotionale Unterton ist: "Ich darf von niemand etwas erwarten und somit habe auch ich niemand etwas zu geben!", also eine besitzgierige Einstellung, die festhalten will, was sie hat. Dies ist das Ergebnis von Gefühlen des Zurückgewiesenseins und Mißtrauens und manifestiert sich in Verstopfung. Ein anderer psychologischer Grundzug dabei ist eine unbewußte aggressive und abschätzige Haltung gegenüber anderen, was als Reaktion auf dieses Gefühl des Zurückgewiesenseins aufgefaßt werden kann. Sie ist jedoch aufs tiefste zurückgedrängt und gehemmt.

4. Emotionale Faktoren bei Atemstörungen

Bei Studien des Chicago Institute über B r o n c h i a l a s t h m a wurde eine ganze Reihe von psychischen Faktoren beschrieben. Sie schlossen fast jeden plötzlichen, intensiven emotionalen Reiz ein, wie sexuelle Erregung,

Angst, Eifersucht und Wut. Man fand, daß hinter der verwirrenden Verschiedenheit der Faktoren eine zentrale pathologische Konstellation isoliert werden kann. Der nukleare psychodynamische Faktor ist ein Konflikt, der seinen Mittelpunkt in einer exzessiven, ungelösten Abhängigkeit von der Mutter hat. Als Verteidigungsmaßnahmen gegen die infantile Fixierung können alle möglichen Persönlichkeitszüge sich entwickeln. Einige Asthmatiker stehen sozusagen unter Zwang, während bei anderen das Leiden mehr hysterischer Natur ist. Unter den verschiedenen Persönlichkeitstypen finden sich ehrgeizige, rechthaberische, waghalsige, überempfindliche und ästhetisierende; es gibt also keine charakteristische Profilierung. Im Gegensatz zu der bei gastrischen Neurosen vorhandenen Abhängigkeit richtet sich die hier vorhandene mehr auf Schutz als auf Nahrung. Vorstellungen über Essen und Nahrung sind nicht so häufig wie bei gastrischen Neurosen, dagegen finden sich vielfach intrauterine Phantasien, die in der Form von Wassersymbolik oder von Vorstellungen vom Betreten von Höhlen und abgeschlossenen Orten auftreten (39). Alles, was den Patienten vom Schutz der Mutter - oder deren Ersatzperson - zu trennen droht, kann einen asthmatischen Anfall zur Folge haben, z.B. bei Kindern die Geburt eines Geschwisters und bei Erwachsenen sexuelle Versuchung oder das Herannahen einer Heirat. Offensichtlich kann jede plötzliche Anstrengung, die dem Unabhängigkeitsgefühl des Individuums abverlangt wird, den tiefverwurzelten Konflikt zwischen den Abhängigkeits- und Unabhängigkeitstendenzen wachrufen und so eine Attacke einleiten. Auch die Ablehnung der Mutter ist ein Motiv, das in den Krankengeschichten der Asthmatiker immer wiederkehrt. In anderen Fällen haben die Mütter asthmatischer Patienten darauf bestanden, die Kinder zu früh unabhängig zu machen, wie Studien des Chicago Institute zeigen. Nun taucht die Frage auf, wieso und auf welche Weise diese unterdrückten Gefühle gegenüber der Mutter zu Spasmen der Bronchiolen führen. E. WEISS (86) hat sich mit der physiologischen Grundlage dieser Symptome beschäftigt und bezeichnet den asthmatischen Anfall als unterdrückten Schrei nach der Mutter. Diese Ansicht findet weitere Bestätigung in der Tatsache, daß die meisten Asthmatiker spontan berichten, das Weinen falle ihnen schwer; man hat auch beobachtet, daß die Attacken nachließen, wenn der Patient zu weinen anfangen konnte. FRENCH und JOHANSSON (40) haben in ihren Eindrücken über die Besserung asthmatischer Zustände durch beichtähnliche Aussprachen gezeigt, daß diese Aussprachen ein Abhängigkeitsverhältnis des Patienten gegenüber dem Therapeuten zur Folge haben, das durch Schuldgefühle und die Erwartung, zurückgestoßen zu werden, gestört wird. Das Sprechen ist der artikulierte Gebrauch des Atemvorgangs, durch den Erwachsene das gleiche Resultat erzielen, wie wenn das Kind weint. Bei der Beobachtung eines Kindes, das versucht, sein Weinen zu beherrschen, sieht man eine typische Dyspnoe und ein Keuchen, das starke Ähnlichkeit mit einem asthma-

tischen Anfall hat. Das zentrale Problem scheint die Verwandtschaft zwischen den zwei Arten von ätiologischen Faktoren zu sein: den emotionalen und den allergischen. Jeder kann für sich allein vorhanden sein, ihr Zusammentreffen aber leitet einen Anfall ein. Wenn einer der Faktoren (der emotionale) fehlt, tritt keine Attacke auf; offensichtlich ist der andere Faktor unterschwellig und kann allein keinen Anfall hervorrufen.

5. Emotionale Faktoren bei kardiovaskulären Störungen

Was die Störungen der Herztätigkeit betrifft (Tachykardie und Arrhythmie), so glaubt man, daß gewisse organische Faktoren, die für sich allein harmlos sein mögen, in der Kombination mit emotionalen Störungen Symptome dieser Art hervorzurufen imstande seien. Die spezifischen psychischen Faktoren, um die es sich dabei handelt, sind chronische, unbegründete Angst und unterdrückte Gefühle von Feindseligkeit. Diese beiden Komponenten beeinflussen sich wechselseitig und bilden einen Circulus vitiosus. Am häufigsten findet er sich bei ängstlichen, gehemmten Individuen.

Der gehobene arterielle Druck bei essentieller Hypertonie wird von den meisten Forschern einer durch das ganze vaskuläre System verbreiteten Zusammenziehung der Arteriolen zugeschrieben. Alle Versuche, eine morphologische Basis zu entdecken, sind fehlgeschlagen. Die allgemein für richtig angesehene Anschauung, daß der essentiellen Hypertonie eher ein erhöhter Gefäßtonus denn eine organische Veränderung der Gefäße zugrundeliege, stellt man sich als Ergebnis der Beobachtung entweder einer Zunahme vasomotorischer Impulse auf den glatten Muskel der Arteriolen vor oder bedingt durch eine zirkulierende, pressorische Substanz. GOLDBLATT (43) zeigte, daß eine Ischaemie der Niere zu einer Ausschüttung von Renin, der pressorischen Substanz, führt, von der man annimmt, daß sie in erster Linie für die Hypertonie verantwortlich ist. Auf der anderen Seite reagieren die Blutgefäße sowohl auf emotionelle wie physikalische Reize mit deutlicher Vasokonstriktion. Man kann deshalb unterstellen, daß eine Nierenischaemie und nachfolgende Hypertonie durch solche Reize zustandekommt. Es würde demnach der ätiologische Faktor in dem Nachweis der Natur dieser neurogenen Reize zu suchen sein, der Veränderungen in der Nierenzirkulation hervorruft. Diese neurogene Anschauung wird durch die Beobachtung erhärtet, daß der Blutdruck mancher Patienten während

vorübergehender chemischer Blockade der autonomen Ganglien herabgedrückt wird. Systematische Studien auf psychoanalytischer Basis sind an Patienten mit Hypertonie gemacht worden. Chronische verhinderte Angriffsimpulse, die fast immer mit Angst Hand in Hand gehen, beeinflussen den Blutdruck deutlich (12). Patienten mit essentieller Hypertonie sind oft sexuell gehemmt, und wenn sie sich auf irgendeine unzulässige Verbindung einlassen, so ergeben sich daraus für sie enorme Schuld- und Angstgefühle, weil unkonventionelle sexuelle Betätigung für sie Protest und Rebellion bedeutet. Ein ausgeprägter Konflikt zwischen passiv abhängigen oder femininen Tendenzen und kompensierenden aggressiven und feindseligen Impulsen zeigt sich oftmals bei der Analyse solcher Personen. Je mehr sie ihren willfähigen und abhängigen Tendenzen nachgeben, desto größer wird als Reaktion ihre Feindseligkeit gegenüber dem, dem sie sich unterworfen haben (2, 71). Die Feindseligkeit bringt Angst hervor und veranlaßt sie, sich aus jeder Art schöpferischen Wettstreits in eine passive und abhängige Haltung zurückzuziehen. Daraus entstehen wiederum Minderwertigkeitsgefühle und Feindseligkeit, was den Kreis schließt. Angst und Wut sind im Menschen vorübergehende Erscheinungen und hängen zusammen mit physiologischen Veränderungen, wenn der Körper zu einer konzentrierten Anstrengung (Angriff oder Flucht) gezwungen wird. Erhöhte arterielle Spannung ist eine der Veränderungen. Mit dem Abklingen der Angst treten wieder normale Verhältnisse ein. In der modernen Gesellschaft gilt es als verboten, feindseligen Gefühlen Ausdruck zu verleihen; das Individuum muß seine feindseligen Impulse unter Kontrolle halten; und so leben manche Menschen in einem chronischen Zustand von Hemmung. Man nimmt an, daß dieser Zustand eine chronische Erhöhung des Blutdrucks mit sich bringt. Das Individuum, das durch den Einfluß früher Erfahrungen in so hohem Maße gehemmt ist, kann im späteren Leben nur unter ungeheuren Schwierigkeiten mit seinen aggressiven Impulsen fertig werden. Es neigt dazu, alle selbstbestätigenden Tendenzen zu unterdrücken, da es keine Möglichkeit hat, ihnen auf legitime Weise Luft zu machen. Die aufgestauten Impulse nehmen an Intensität zu und strenge Verteidigungsmaßnahmen werden nötig, um sie unter Kontrolle zu halten. Als Beispiele solcher Verteidigung findet man bei Patienten mit Hypertonie Überhöflichkeit und Unterwürfigkeit. Hieraus entwickeln sich wiederum Minderwertigkeitsgefühle, die ihrerseits aggressive Impulse stimulieren. Man hat festgestellt, daß derartige Patienten während dieser Hemmungsphasen in ihren Berufen erheblich weniger leisten, wodurch Feindseligkeiten auf Grund von Eifersucht auf die Erfolge anderer entstehen. Als typische Krankengeschichte findet sich z.B. bei einem Patienten im frühen Lebensalter Aggressivität und dann, meist in der Pubertätszeit - eine rasche Änderung des Temperaments zu Unterwürfigkeit, die eine

Folge des Versuchs des Patienten zur Selbstkontrolle ist. Die Studien von SCHULZE und SCHWAB (76) zeigen, daß die Hypertonie eine Zivilisationskrankheit ist und ihre Gründe oft in sozialen Anpassungsschwierigkeiten hat, wie man es z.B. bei amerikanischen Negern im Gegensatz zu afrikanischen Negern gefunden hat.

Da aber nicht alle Personen, die unter dem gleichen sozialen Druck und den gleichen Hemmungskonflikten stehen, Hypertonien entwickeln, muß man annehmen, daß eigenständige somatische Faktoren sich mit den psychodynamischen verbinden müssen.

Bei vasodepressorischen Anfällen entwickeln sich unter dem Einfluß einer Gefahr die physiologischen Vorbereitungen für eine Fluchtsituation, und die normale Vasodilatation der Muskeln ist ein Teil dieser Anpassungsreaktion. Auf Grund einer Hemmung der Fluchtreaktion verhält sich das Individuum bewegungslos und eine Art innere Blutung in das Muskelsystem findet statt, zugleich mit dem Abfall des Blutdrucks. Wenn die Krise erreicht ist, tritt Bewußtlosigkeit ein. Wichtig ist, daß bei aufrechter Haltung eine Bewegungsparalyse eintritt, denn in liegender Stellung kommt keine Ohnmacht vor. Bei der Differentialdiagnose gegenüber hysterischer Ohnmacht findet sich, daß letztere keine Veränderungen im kardiovaskulären System mit sich bringt. Der synkopale Anfall ist ein typisches Beispiel einer vegetativen Neurose. Die physiologische Reaktion wird nach der Eingangsphase der Muskelvorbereitung unterbrochen.

Die unmittelbaren schmerzzerzeugenden Mechanismen bei psychogenen Kopfschmerzen und Migräne variieren, aber Änderungen in der Weite der Hirnarterien und im Flüssigkeitsgehalt der Gehirnhöhle, die den Gehirndruck beeinflussen, werden von den meisten Forschern als die grundlegenden Faktoren bezeichnet. Örtlich gesehen hat der Schmerz seinen Ursprung in den sympathischen Fasern der Blutgefäße. Die Gehirnschubstanz selbst ist unempfindlich. Abgesehen von den Reflexphänomenen ist der psychische Ursprung mancher Kopfschmerzen allgemein bekannt. Als Konversionssymptome können Kopfschmerzen eine große Vielfalt von symbolischen Bedeutungen haben, die dem subjektiven Bedürfnis des jeweiligen Patienten entsprechen. Es ist bis jetzt eine offene Frage, ob diesen Konversionsfällen irgendwelche lokalen physiologischen Veränderungen zugrundeliegen; eine Tatsache aber, welche die Migräne zu einem geeigneten Studienobjekt für die psychosomatische Medizin macht, ist, daß die Attacken oft sehr plötzlich beginnen und manchmal ebenso plötzlich wieder aufhören. Eine genaue Untersuchung der Faktoren, die dies bewirken, ist notwendig. Allgemein bezeichnet man die Streckung von Gefäßen als eine

der physiologischen Ursachen der Migräne (2, 44); was aber die psychischen Faktoren betrifft, so haben Psychoanalytiker an ihren Migränepatienten wiederholt festgestellt, daß die Attacken während einer Sitzung begannen. Die gewöhnliche Voraussetzung für einen Migräneanfall ist ein Zustand unterdrückter Wut. Wenn der Patient sich dieses Gefühls bewußt wird und es in Schimpfworten ausdrückt, hört der Anfall sofort auf. Und da unterdrückte Feindseligkeit ein besonders allgemeiner Zug aller möglichen Menschentypen ist, stehen wir wieder einmal vor der entscheidenden Frage der psychosomatischen Medizin überhaupt: der Spezifizierung der psychischen Tendenzen und Impulse. Welche psychischen Faktoren sind dafür verantwortlich, daß der eine gehemmte Patient eine Hypertonie entwickelt, der andere eine Arthritis, der dritte Migräne? Was den letzten Fall betrifft, so hat REICHMANN beobachtet, daß hier die feindselige, neid-erfüllte Haltung sich in der Hauptsache gegen die intellektuelle Leistung eines anderen richtet. Das kann insofern bedeutsam sein, als es daran denken läßt, die Tendenz der Impulse habe etwas mit der Wahl des dann betroffenen Organs zu tun. Die familiäre Natur der Migräne weist auf konstitutionelle Faktoren hin, die wahrscheinlich auf individuelle Besonderheiten in der Gehirnzirkulation zurückzuführen sind. Im Hinblick auf die Spezifität der vorausgehenden psychodynamischen Faktoren ist die Natur der feindseligen Impulse wichtig. Der gesamte aggressive Akt hat drei Phasen: erstens die konzipierende Vorbereitung der Attacke in der Phantasie mit Planung und innerer Vorstellung, zweitens die vegetative Präparation, eine Vorbereitung des Körpers auf konzentrierte Aktivität durch verstärkten Blutzufluß in diejenigen Organe, die beim Anfall einbezogen sind, wie die Skelettmuskeln, die Lungen und das Gehirn, und drittens die neuromuskuläre Phase, in der der aggressive Akt selbst durch Muskelaktivität durchgeführt wird. Möglicherweise hängen die Symptome davon ab, in welcher Phase die feindselige Aggression gestoppt wird. In der ersten Phase führt die Hemmung zur Migräne, in der zweiten zur Hypertonie, in der dritten besteht eine Neigung zur Entwicklung arthritischer Symptome oder vasomotorischer Anfälle. Diese Hypothese erhält eine starke Stütze durch die Beobachtung, daß Patienten mit Migräne in erster Linie "Denker" sind und nicht "Handelnde", während Arthritiker eine starke Neigung zu Muskelaktivität haben. Nach CANNON steigt der Blutzufluß in den Muskeln bei gehemmter Wut, wo die Muskelaktivität blockiert ist, nicht an, sondern ergießt sich aus den splanchnischen Bezirken in den Schädel. Dies würde eine physiologische Basis für Migräne darstellen. Die Therapie des Migräneanfalls hat zwei Seiten, erstens die Behandlung der Attacke durch gefäßzusammenziehende Medikamente, und zweitens die Verhinderung einer Wiederholung, die durch eine Eliminierung der Gründe lokaler Störungen im Schädel versucht wird. MARCUSSEN und WOLFF (55) haben berichtet, sie hätten

mehr oder weniger gute therapeutische Resultate mit 2/3 ihrer Patienten gehabt, indem sie sie im Hinblick auf ihre Umweltbedingungen beraten haben. Die gründlichste therapeutische Maßnahme liefert jedoch die Psychoanalyse, die eine Lösung der fundamentalen Konflikte des Patienten und eine Änderung in seiner Fähigkeit, mit emotionalen Spannungen fertig zu werden, versucht, insbesondere mit unbewußten, feindseligen Impulsen.

6. Emotionale Faktoren bei Hautkrankheiten

Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Haut ein wichtiges Organ für den Ausdruck von Emotionen darstellt. Die besten Beispiele dafür sind das Erröten bei Scham und das Jucken als ein Zeichen von Ungeduld. Die Haut ist der somatische Ort des Exhibitionismus. Gewisse Reflexveränderungen an der Haut wie Blässe, Erröten und Schweißausbrüche sind wesentliche Auswirkungen z.B. von Wut und Angst. Die Haut ist ein wichtiges sensorisches Organ und wird als solches befallen von Konversionssymptomen wie Anaesthesien, Paraesthesien und Hyperaesthesien. Bei Ekzemen und Neurodermatitis haben sadomasochistische und exhibitionistische Züge eine ziemlich spezifische Verbindung mit diesen Hautkrankheiten (62). ALEXANDER beobachtete mehrere solche Fälle mit folgender dynamischer Verhaltensweise: der Körper wird hergezeigt, um Aufmerksamkeit, Liebe und Zuneigung zu erringen, d.h. dieser Exhibitionismus wird als Waffe in irgendeinem Wettstreit benützt, was dann Schuldgefühle erweckt. Die Haut, die dem Exhibitionismus als Werkzeug gedient hat, bezahlt die Schuld für die Verfehlung, indem sie der Ort eines schmerzhaften Befalls wird. Das Kratzen ist bei diesen Erkrankungen von ätiologischer Bedeutung. Psychoanalytische Studien zeigen, daß der wichtige Faktor beim Kratzen der feindselige Impuls ist, der den Schuldgefühlen zufolge von seinem ursprünglichen Ziel abgelenkt und gegen den Patienten selbst gerichtet wird (21, 63, 74). Bei Urticaria ist sowohl klinisch wie psychodynamisch eine spezifische Korrelation zur Unterdrückung von Weinen beschrieben worden (72). Ein auffallender Fund sind verhinderte abhängige Bedürfnisse nach einem Elternteil. Diese Krankheit hat eine innere Verwandtschaft zu Asthma. Der Urticaria-Patient kann nur schwer weinen und die Attacken werden oft plötzlich durch einen Weinkrampf gelöst. KEPECS, ROBIN und BRUNNER (49, 50) haben durch experimentelle Studien die Verbindung zwischen der flüssigen Se-

ekretion der Haut und dem Weinen erhärtet. Emotional bedingtes Ansteigen der flüssigen Sekretion bei Hautpatienten kann durch Psychotherapie, Abreaktion und Antihistaminika zurückgedrängt werden.

Bei den verschiedenen Formen von *P r u r i t u s*, besonders ani und vulvae, ebenso wie bei einigen anderen Dermatosen, ist gehemmte sexuelle Erregung ein wichtiger psychodynamischer Faktor. Bei diesen Fällen ist das Kratzen eine Quelle bewußter erotischer Lust und ganz deutlich ein Masturbationersatz (31, 42, 78). Fortgesetztes Kratzen bei allen Formen von Juckreiz verändert die zarte Struktur der Haut und macht die Nervenenden empfindlicher gegen äußere Stimulierung. So kommt zu dem psychologischen Reiz zum Kratzen eine somatische Ursache dazu. Die Therapie schließt psychologische und somatische Behandlung ein.

7. Emotionale Faktoren bei metabolischen und endokrinen Störungen

Die Verwandtschaft zwischen den psychologischen Prozessen und den Funktionen der Thyreoiden scheint eine wechselseitige zu sein. Die Sekretionen der Thyreoiden beschleunigen die geistigen Vorgänge und erhöhen die psychische Wachheit und Sensibilität. Das schafft eine Disposition zu Angst. Aber gleichzeitig haben emotionale Geschehnisse einen Einfluß auf die Thyreoidausscheidung. Die *T h y r e o t o x i k o s e* ist nicht ein lokaler Zustand der Schilddrüse. Die Thyreoidsekretion steht unter der Kontrolle des thyreotropen Hormons des Hypophysenvorderlappens, der seinerseits von sympathischen und hypothalamischen Reizen beeinflusst wird. Über die cortico-thalamischen Verbindungen üben die psychologischen Vorgänge ihren Einfluß auf die hypothalamische Kontrolle auf die Hypophyse und als letztes Glied auf die Schilddrüsenaktivität aus. Was die spezifische Natur der psychologischen Reize auf die Aktivität der Thyreoiden betrifft, so hat man gefunden, daß der Hyperthyreoidismus durch eine Vielfalt von Faktoren eingeleitet werden kann. Die am meisten verbreiteten sind psychische Traumen oder intensive emotionale Konflikte. Anamnestische Befragungen von 24 Patienten, die HAM, CARMICHAEL und ALEXANDER (45) zusammen mit einem psychosomatischen Seminar in der psychiatrischen Abteilung der Universität Illinois durchgeführt haben, und das psychoanalytische Studium eines Patienten am Chicago Psychosomatic Institute haben die Befunde früherer Forscher bestätigt, besonders bezüglich der Bedeutung von Furcht

und Angst, der betonten Abhängigkeit von elterlichen Personen, der stark ausgeprägten inneren Unsicherheit und auch der gegensätzlichen Züge wie etwa der Versuche, reif zu werden und Verantwortung zu übernehmen, unabhängig zu werden und für andere zu sorgen. Der charakteristische psychodynamische Zug, der diese verschiedenen psychischen Faktoren verbindet, ist die Bedrohung der Sicherheit in der frühen Kindheit. Häufig bestand eine Verbindung zu ausgesprochener Todesangst, die die meisten Patienten an sich erlebt hatten. Der Grund dafür mochte etwa der Verlust der Mutter in frühen Jahren sein, die unglückliche Ehe der Eltern, eine seelische Labilität eines Elternteils, Zurückweisung von Seiten der Eltern, extreme Formen wirtschaftlicher Not, Vernachlässigung nach der Geburt eines jüngeren Geschwisters und andere Lebenssituationen. Charakteristisch ist die Art, wie der Patient diese Unsicherheit handhabt. Infolge der beschriebenen Konflikte können sie sich nicht um Hilfe an ihre Eltern wenden und so mit ihrer Angst fertig werden. Die Zurückweisung der Abhängigkeitsbedürfnisse des Patienten führt zu einem verzweifelten Versuch frühzeitiger Identifikation mit einem Elternteil, meistens der Mutter. Diese vorzeitige Identifizierung übersteigt seine physiologischen und psychologischen Kräfte und resultiert in einem andauernden Kampf mit Angst und Unsicherheit durch eine Pseudo-Abhängigkeit, einer paradoxen Koexistenz von Unsicherheit und Anstrengung, eine Verantwortung auf sich zu nehmen. Die Annahme einer mütterlichen beschützenden Haltung gegenüber jüngeren Geschwistern verleiht den eigenen Abhängigkeitsgefühlen des Patienten eine stellvertretende Befriedigung und löscht gleichzeitig die aus der Rivalität entstandenen Schuldgefühle. Die Unfähigkeit, Feindseligkeit offen auszudrücken - besonders bei Geschwisterrivalität - ist fast allen diesen Patienten eigen. Eine einmalige und auffallende Tatsache ist die Häufigkeit von Todesträumen und solchen von Särgen, Geistern und Leichen, was diese Patienten spontan berichteten.

Die Thyreoidea stimuliert das Wachstum des Kindes. Der Grund dafür ist vielleicht die Hyperaktivität der Drüse, denn der Hyperthyreotiker muß in akzeleriertem Tempo reifen. Die ständige Anstrengung des Patienten, eine Pseudomaturität aufrechtzuerhalten, muß sehr aufreibend sein und mag dazu helfen, die Sekretion des thyreotropen Hormons durch den Hypophysenvorderlappen zu aktivieren. In der Konsequenz wird dann, wenn die psychologischen Verteidigungsbarrieren gegen behinderte Bedürfnisse (wie Hilfsbereitschaft, Hyperaktivität oder das Annehmen einer Mutterrolle) niederbrechen und das Individuum nicht länger seine verborgene Angst zu meistern vermag, der Druck zu groß und das System, das den Prozeß der Reifung reguliert und das seit frühester Kindheit überfordert worden ist, wird übermäßig stimuliert. Auf die

Frage, warum diese Patienten auf ihre eigene Unsicherheit mit einer progressiven Anstrengung auf die Reifung hin reagieren und nicht mit Zurückweichungssymptomen, antwortet ALEXANDER, daß sie vielleicht in der Kindheit durch eine Periode erfolgreicher Anpassung gegangen sind. Erbfaktoren mögen eine entscheidende Rolle spielen.

Das Symptom der Ermüdung, das im folgenden Abschnitt behandelt werden soll, ist eine besondere Erscheinung, die mit dem Kohlenhydratstoffwechsel zusammenhängt. Akute Attacken extremer Ermüdung und Erschöpfung im Zusammenhang mit leichtem Kopfweh, kaltem Schweiß oder grundloser Angst kennt der Kliniker als Manifestationen der Hypoglykämie. PORTIS und ZITMAN (68) haben 1943 die ersten positiven Hinweise darauf gegeben, daß die zentrale Ursache für diesen Zustand psychischer Art ist. Vierzig über Ermüdungserscheinungen klagende Patienten erhielten Atropin, Zucker wurde aus der Nahrung gestrichen und komplexe Kohlenhydrate zugelassen. Früher hatten Autoren angenommen, die Ermüdung sei eine Folge von Hyperinsulinismus, der durch eine Überaktivität des rechten Vagusnervs entstanden sei. Bei all den so behandelten Fällen wurde ein Zurückgehen des Blutzuckers zur Norm festgestellt. ALEXANDER und PORTIS (17) haben zu gleicher Zeit neun Patienten vom psychodynamischen Standpunkt aus untersucht, d.h. die psychodynamische Situation wurde mit dem Kohlenhydratstoffwechsel sorgfältig in eine Wechselbeziehung gebracht. Diese Patienten zeigten einen auffälligen Mangel an Interesse und Initiative, sei es bei ihren Routinearbeiten, sei es im Büro, in der Schule, beim Studium oder im Haushalt, ja, sogar im sozialen Leben. Bei den meisten Fällen entwickelten sich die akuten Müdigkeitszustände, nachdem der Patient irgendein ersehntes Ziel oder eine Hoffnung hatte aufgeben und sich mit einer verabscheuten Routine hatte abfinden müssen, gegen die er innerlich revoltierte. Die psychologische Situation glich in etwa einem Sitzstreik. Die physiologische Seite dieses emotionalen Zustandes war durch eine flache Blutzuckerkurve gekennzeichnet, d.h. ein langsames und weniger hohes Ansteigen des Blutzuckers eine halbe Stunde nach der Injektion als bei normalen Fällen, und nach zwei Stunden ein niedrigerer Blutzuckerspiegel. Sie fanden aber auch, daß der ursprüngliche Blutzuckerspiegel nicht niedriger war als normal. Sie nahmen an, es bestehe eine kausale oder wechselseitige Verwandtschaft zwischen der psychologischen Situation und der Störung der Kohlenhydratregulierung, und sie bauten weiter auf CANNON'S Ansichten auf mit ihrer Annahme, daß nicht nur Ärger und Angst, sondern auch Enthusiasmus, Eifer und fortgesetztes zielstrebiges Schaffen eine anregende Wirkung auf das sympathico-adrenale System haben. Ohne einen solchen emotionalen Reiz auf die vegetativen Funktionen kann anhaltende Anstrengung nicht erfolgreich durchgehalten werden; sie ist weniger ermüdend, wenn emotio-

nale Faktoren daran teilhaben. Es wurde außerdem festgestellt, daß zu dieser sympathico-tonischen Schwäche unter dem Einfluß emotionalen Protestes und Zurückweichens sich auch die vegetativen Funktionen bis zu einem Status der Passivität und Erschlaffung abschwächen, und zwar mit Vorherrschen eines parasympathischen Tonus. Der Organismus muß fortgesetzte Aktivität ohne sympathischen Tonus auf sich nehmen und befindet sich in einem Zustand der Entspannung, was sich physiologisch durch einen parasympathischen Tonus und eine verstärkte Insulinsekretion manifestiert. Die paradoxe Situation, sich in einer Anstrengung zu befinden und gleichzeitig vegetativ zu reagieren, als sei man in einem Zustand der Ruhe, nennt ALEXANDER "vegetatives Zurückweichen". Dies wird durch eine Störung des Kohlenhydratstoffwechsels charakterisiert. Vielen Patienten kann durch eine Änderung ihrer Umweltbedingungen geholfen werden und dadurch, daß ihnen erlaubt wird, ihren echten Neigungen zu folgen. In schwereren Fällen ist systematische Psychotherapie nötig. Atropin, zuckerlose Diät und komplexe Kohlenhydrate können akute Symptome bekämpfen.

Das Entstehen eines Diabetes mellitus kann durch psychologische Faktoren von noch unerforschter ätiologischer Bedeutung beeinflusst sein. Die Anfälligkeit für die Krankheit tritt in Familien gehäuft zutage. Nachdem der normale Nahrungsstoffwechsel von der sich ergänzenden Aktivität der intrazellulären Enzyme abhängt und von ihrer Regulierung durch das endokrine und das Nervensystem, kann eine Störung dieser Systeme in einem diabetischen Syndrom resultieren. Die Anfälligkeit eines Individuums für diese Störung hängt wahrscheinlich ab von einer angeborenen Schwäche des einen oder anderen regulatorischen Systems und kann auf einen bedeutsam verlängerten Druck mit temporärer Hyperglykaemie reagieren (oder auch mit anhaltender, je nach der Dauer der Stress-Situation und dem Zustand des gestörten Regulationsmechanismus). MEYER, BOLLMEIER und ALEXANDER (57) haben zwei Fälle, einen männlichen und einen weiblichen, studiert und starke Tendenzen zum Empfangen und Umsorgtwerden beobachtet. Sie behielten eine infantile Haltung der Abhängigkeit und des Auf-sich-Lenkens der Aufmerksamkeit bei und fühlten sich zurückgesetzt, da ihre Forderungen nach Aufmerksamkeit und Liebe zu der Realität ihrer Lebenssituation in keiner Proportion standen und daher nie wirklich erfüllt werden konnten. Auf diese Zurücksetzung reagierte der Patient mit Feindseligkeit. Wenn seine infantilen Wünsche mit seinen zurückgewiesenen Forderungen in Konflikt gerieten, entstand Diabetes mellitus. Weitere psychoanalytische Studien des Chicago Institute stellen die These auf, daß der Diabetespatient wahrscheinlich unter irgendeinem grundlegenden Konflikt leidet, der mit der Ernährung zusammenhängt und daß dieser sich in übertriebenen

oral-inkorporativen Tendenzen spiegelt, die sich auf verschiedenste Weise äußern können. Da kann z.B. eine Tendenz zur Essensverweigerung und ein sich daraus ergebender Nahrungsmangel vorhanden sein, oder auch eine unstillbare Gier nach Nahrung oder exzessive Forderungen nach Anerkennung. Die inkorporativen Impulse manifestieren sich auch in einer übertriebenen Identifikation mit der Mutter, was eine Hemmung der psychosexuellen Entwicklung zur Folge haben kann. Beim männlichen Individuum kann diese eine Intensivierung der grundsätzlichen Bisexualität bedeuten, beim weiblichen aktiviert die feindselige Identifikation mit der Mutter betonte Abwehr gegen weibliche Sexualität. Der wichtigste einleitende Faktor in der Genesis des klinischen Syndroms der Diabetes ist die Fettsucht, die bei 75 % der Patienten gefunden wird. Jedoch entwickeln nur 5 % aller fettsüchtigen Personen Diabetes. Offenbar produziert Diabetes ein verstärktes Insulinbedürfnis; wenn der Insulinbedarf für die Atemmechanismen größer ist als er gedeckt werden kann, tritt eine relative Insulininsuffizienz ein und allmählich entwickelt sich Diabetes. So kann ein psychologisch bedingtes Überessen eines Patienten von ätiologischer Bedeutung sein. Das Auftreten von Diabetes mellitus kann in der Psyche mancher Patienten eine profunde Veränderung hervorrufen. Ihre Ängste und Minderwertigkeits- sowie Abhängigkeitsgefühle können sich übertrieben ausdrücken und Feindseligkeiten können stimuliert werden. Die Abwehr gegen diese verstärkten Spannungen kann in Form von paranoiden, depressiven und hypochondrischen Symptomen auftreten. Die Reaktion der Apathie kann als Anpassungsverhalten in Bezug auf die Energiespeicherung interpretiert werden. ALEXANDER und Mitarbeiter (57) haben festgestellt, daß die Glykosurie bei Patienten sich unter dem Druck des Konflikts zwischen ihren infantilen Wünschen des Empfangens und Umsorgtwerdens und den Forderungen des Gebens und Selbst-für-Andere-Sorgens verstärkte. Ein Sichzurückziehen von dem Konflikt in eine Haltung der Selbstbemitleidung und Passivität ging Hand in Hand mit einer Abschwächung der Glykosurie. Man weiß, daß emotionale Spannungen den Verlauf eines Diabetes erschweren können, was besonders für die Ätiologie der diabetischen Acidose und des Komas wichtig ist. Das kann auf jeden Faktor zutreffen, der eine Entleerung des Glykogendepots der Leber anregt (64). Das Ansteigen der hepatischen Glykogenolyse vermehrt die Ketonkörper mit dem Resultat der Acidose und schließlich des Komas.

8. Emotionale Faktoren bei Störungen in der Funktion der Gelenke und Skelet- muskeln

Viele von den BOOTH-HALLIDAY'schen Beobachtungen über primär chronische Arthritis wurden durch systematische Studien von JOHN-SON, SHAPIRO und ALEXANDER am Chicago Institute bestätigt (47). Ihre Diskussion beschäftigt sich im wesentlichen mit Frauen. Zu den Persönlichkeitskennzeichen der Patienten gehört in erster Linie eine Tendenz zu körperlicher Aktivität, die sich in einer Vorliebe für das Im-Freien-Sein und für wettkampftartige Sportarten manifestiert, und zwar hauptsächlich in der Jugend. Als Erwachsene zeigen diese Patienten eine strenge Kontrolle jeglichen emotionalen Ausdrucks und neigen dazu, ihre Umwelt, ihre Männer und Kinder in überängstlicher Weise zu kontrollieren. In ihrer Einstellung gegenüber dem Sexuellen herrscht eine offene Abneigung gegen die weibliche Rolle vor ("männliche Protestreaktion") und sie nehmen überhaupt männliche Eigenschaften an. Ihre Partner sind im allgemeinen unterwürfig und können sogar physische Defekte haben. Die der Störung vorausgehenden emotionalen Faktoren können psychodynamisch in drei Konstellationen zusammengefaßt werden. Erstens: die Krankheit beginnt oft, wenn ein unbewußtes Rebellieren gegen den Mann im allgemeinen durch bestimmte Geschehnisse im eigenen Leben Nahrung bekommen hat, wenn z.B. die Patientin von einem Mann, von dem sie viel gehalten hatte, verlassen worden ist oder wenn ihr sonst gefügiger Partner plötzlich den Herrn herauskehrt. Zweitens: die Krankheit kann eingeleitet werden durch Ereignisse, die vorher verborgene Haß- und Schuldgefühle fördern, z.B. durch die Geburt eines Kindes, die eine alte Geschwistereifersucht wieder lebendig macht oder durch eine Fehlgeburt, die den Drang zur Selbstaufopferung ihres Objektes beraubt. Drittens: in einigen Fällen begann die Krankheit durch sexuelle Erfahrungen, welche die Patientin zwangen, ihre weibliche Rolle anzunehmen, auf die sie ursprünglich mit einem verstärkten maskulinen Protest reagiert hatte.

Der allen diesen Fällen gemeinsame psychodynamische Hintergrund ist ein chronisch gehemmter Zustand von Feindseligkeit. Dies konnte bei den meisten Fällen auf eine sehr charakteristische frühe Familienkonstellation zurückgeführt werden: meist eine starke, herrschsüchtige, viel verlangende Mutter und ein eher abhängiger und nachgiebiger Vater. Die Patientin entwickelte meist Abhängigkeit und Angst vor der Mutter und brütete insgeheim über einer Rebellion, die dann zum Kernpunkt der feindseligen Impulse wurde und später auf die Männer

im allgemeinen und schließlich auf alle Familienmitglieder übertragen wurde. Als Mütter kontrollieren solche Patientinnen ihre Kinder ebenso wie sie selbst einst kontrolliert wurden.

Beim kleinen Kind ist die primitivste Ausdrucksform für eine Behinderung eine planlose motorische Entladung. Wenn - durch die darauf folgenden Strafmaßnahmen - diese Entladung mit Angst- und Schuldgefühlen assoziiert wird, resultiert im späteren Leben aus dem Auftreten von Angst und Schuld eine psychologische "Zwangsjacke". Die Patienten versuchen, ihre aggressiven Impulse in die Kontrolle zu bekommen und entladen sie durch Muskelaktivität in annehmbare Kanäle, z.B. Sport oder erhöhte Leistung. Auch lernen sie, die beschränkenden Einflüsse ihres Gewissens zu erleichtern, indem sie anderen dienen. Wenn immer dieses Gleichgewicht gestört wird durch besondere Ereignisse, die jene adaptive Weise, Schuld und Feindseligkeit auszugleichen, unterbrechen, dann führt die chronisch verhinderte Aggression zu einem verstärkten Muskeltonus und irgendwie auch zu Arthritis. Wenn ein alter Weg der Entladung von Feindseligkeit sich wieder öffnet, z.B. durch Nachgiebigkeit des Ehemannes, hat man eine Besserung der Arthritis beobachten können. Das Verständnis der psychodynamischen Tatsachen wirft ein Licht auf die vielen Rückfälle während der Analysen. ALEXANDER nennt das Beispiel einer Frau, die schwerste Arthritis hatte und von ihrem Mann herumgetragen werden mußte. Als er plötzlich starb, stand sie aus ihrem Bett auf, nahm alle Belastungen allein auf sich und machte zu seiner Beerdigung eine weite Reise. Diese plötzliche Besserung hielt mehrere Monate an. Je bereiter der Patient wird, unter dem Einfluß von Psychoanalyse Hilfe anzunehmen, desto eher geht die Krankheit zurück. Neue adaptive Züge können das Bild beherrschen, wenn die Krankheit einmal weiter fortgeschritten ist. Dieser Zustand kann eventuelle Schuldgefühle zum Erlöschen bringen und dem Patienten das Recht verleihen, jene Aufmerksamkeit zu erwarten, die ihm bisher verweigert worden war. ALEXANDER berichtet, eine Patientin, die jahrelang für ihren anspruchsvollen Vater sorgen mußte, habe, als ihre Arthritis sich verschlechterte, ausgerufen: "Nun wird er für mich sorgen müssen!" Zusammen mit den psychodynamischen Zügen kann auch eine somatische Basis eine Rolle spielen. Zu einer endgültigen Würdigung dieser Anschauungen müssen ausgedehnte myographische Studien gemacht werden, die die Veränderungen im Muskeltonus arthritischer und nichtarthritischer Personen im Zusammenhang mit verschiedenen emotionalen Zuständen feststellen. Studien am Chicago Institute haben bereits ergeben, daß bei arthritischen Patienten und bei einigen anderen Gruppen, wie etwa bei Hypertonikern, eine stärkere Muskelreaktion auf emotionale Stimuli vorliegt. Bei der Auswertung der erfolgreich mit Psychoanalyse behandelten Fälle muß man die Häufigkeit spontaner Rückfälle (die kurz oder lang anhaltend sein können)

im Auge behalten.

Man hat herausgefunden, daß gewisse Personen eine stärkere N e i g u n g z u U n f ä l l e n haben als andere, und zwar nicht, weil sie ungeschickt oder geistesabwesend sind, sondern weil das ihrer ganzen Persönlichkeitsstruktur entspricht. In unserer Zivilisation herrscht der tiefeingewurzelte Glaube, daß Schuld durch Leiden getilgt wird. Wenn das Kind etwas Falsches tut, wird es bestraft und sühnt durch das Leid der Strafe seine Schuld, um wieder in die Liebe seiner Eltern aufgenommen zu werden. Der meistverbreitete Grund für Schuldgefühle bei Kindern sind feindselige, rebellische Impulse gegen die Eltern. Das Individuum mit Unfallneigung hält seine kindliche Rebellion gegen autoritäre Personen auch im späteren Leben aufrecht und ebenso die damit verbundenen Schuldgefühle. Ressentiments im Zusammenhang mit Schuldgefühlen sind ein häufiger Faktor bei Unfällen, und Personen mit starker Neigung zu Selbstbestrafung machen die Mehrzahl der Fälle mit Unfallneigung aus. Durch viel Beobachtung und psychoanalytisches Studium hat man das Individuum mit Unfallneigung als ein spontanes Wesen aufzufassen gelernt, das seine momentanen Impulse sofort in Aktion umsetzt. Hier wird eine tiefverborgene Rebellion gegen die außerordentliche Strenge der eigenen Erziehung zu einem schweren, allgemeinen Ressentiment gegen autoritäre Personen generalisiert. Zu gleicher Zeit hat der Patient aber ein sensibles Gewissen, das ihn für diese Rebellion schuldig spricht. In dem unbewußt provozierten Unfall drückt er seine Ressentiments und Rachegefühle aus und sühnt gleichzeitig für diese Rebellion, indem er sich selbst Schaden zufügt.

9. Die Funktionen des Sexualapparats und ihre Störungen

Um die Faktoren, die zu Störungen des Sexualapparats führen, zu erhellen, muß die Rolle der psychischen Bisexualität im psychosexuellen Reifungsprozeß besprochen werden. Die Bezeichnung "Bisexualität" bezieht sich nicht auf anatomischen Hermaphroditismus oder andere Formen von Intersexen, sondern steht für eine spezifische Prädisposition bezüglich gewisser Reaktionen auf Umwelteinflüsse, wobei die Umwelt in diesem Falle die Symbiose zwischen Mutter und Kind ist. Das Mädchen empfängt Hormone von der Mutter und identifiziert sich mit ihr, und diese Faktoren beeinflussen das Ziel der späteren sexuellen Entwicklung des Mädchens. Der Knabe empfängt durch die Laktation

einen endokrinen Einfluß und identifiziert sich in der oral-rezeptiven Phase mit der Mutter, was eine Tendenz bisexueller Reaktionen hervorrufen kann, die dem Ziel der normalen männlichen psychosexuellen Entwicklung entgegengesetzt sind. Es ist unbekannt, ob endokrine Faktoren bei solchen Phänomenen auch schon in der prägenitalen Phase eine Rolle spielen. In der Kastrationsphase des Kindes enthält die Psychoanalyse in der Regel, daß die Entdeckung der weiblichen Genitalzone das Trauma darstellt, das in der Vorstellung des kleinen Jungen die Idee fixiert, der Penis könne verloren gehen, da es menschliche Wesen gibt, die keinen haben. Ihm können die weiblichen Genitalien als ein verschlingendes Organ erscheinen, das sich den Penis einverleiben und ihn behalten könne. So ist die Identifikation mit dem gefährlichen Individuum die beste Verteidigungsmaßnahme gegen diese Angst. Durch die Identifikation mit der Mutter entwickelt der Knabe einen "negativen Oedipuskomplex", - anstatt sich mit dem Vater in der Tendenz, die Mutter zu lieben, zu identifizieren, möchte er vom Vater geliebt werden und sozusagen selbst an die Stelle der Mutter treten. Diese Lösung vermindert die Angst vor den weiblichen Genitalien und schiebt die vor der väterlichen Bestrafung hinaus. Dieser Prozeß ist bei Mädchen mit maskuliner Identifikation das gleiche, - das weibliche Kind hat den Eindruck, der Penis sei ein gefährliches Organ und löst den ödipus-artigen Konflikt, indem es sich mit dem Vater identifiziert. Das Mädchen hat den intensiven Wunsch, einen Penis zu besitzen und gibt sich der Illusion hin, es könne ihm einer wachsen. So wird die Angst vor dem männlichen Genitale unterdrückt, und zu gleicher Zeit entwickelt das Mädchen die Hoffnung, von ihrer Mutter in der gleichen Weise geliebt zu werden wie Vater und Bruder. Die Entwicklung dieser möglichen Tendenzen kann im Benehmen dieser Kinder schon in einem sehr frühen Alter festgestellt werden. Z.B. leiden sowohl Mädchen wie Knaben an nächtlichen Angstzuständen, deren Inhalt die Furcht vor einem Angriff von Seiten eines Mitglieds des anderen Geschlechts ist. Das Benehmen dieser Knaben ist gehemmt und passiv, während die Mädchen als Kompensation sich überaktiv geben. Diese Reaktion wird durch ihre maskuline Identifikation motiviert. Auf der Basis der Psychoanalytischen Auswertung der individuellen Entwicklung kann man die Rolle anerkennen, welche die sexuellen Erfahrungen der Ödipus- und der latenten Phase (Periode ohne sexuelle Bewußtheit) in der Vorbereitung und Abwandlung oder Hemmung der psychosexuellen Entwicklung gespielt haben. Hand in Hand damit geht die Kastrationsangst, die eher ein Zurückbleiben der sexuellen Reife als eine Beschleunigung begleitet und motiviert.

Beim Heranwachsenden verändert sich die Sexualität von einer allgemeinen, lustbetonten Erregung zu einem wesentlichen Bedürfnis, dessen Befriedigung

durch den Coitus mit einer Person des anderen Geschlechts erreicht wird. Die auffallende, sexuelle Energie, die durch die physiologische Reifung der Gonaden bewirkt wird, rührt Konflikte früherer Entwicklungsperioden und ihre grundlegenden Bedürfnisse wieder auf. Sie läßt die Ängste des Ödipuskonflikts wieder erstehen, und so trennt beim Heranreifen eine tiefverwurzelte Angst die Geschlechter. Die Ernsthaftigkeit dieses Konflikts bei beiden Geschlechtern wird durch seine beiden psychodynamischen Komponenten bestimmt: die Intensität des instinktiven Bedürfnisses, hervorgerufen durch die physiologische Stimulation und die Kastrationsangst, die in früheren Entwicklungskonflikten ihre Wurzeln hat und durch die physiologische Stimulation aufs neue mobilisiert wird.

Sexuelle Reife bedeutet, daß das Individuum gelernt hat, innerhalb des Rahmens seines Bewußtseins Befriedigung für sein instinktives Bedürfnis zu finden. Dies zeigt an, daß die genitale Sexualität im menschlichen Erwachsenen unter der Kontrolle eines feinstrukturierten Ego steht. Die genitale Sexualenergie muß auf dem Weg zu ihrer Befriedigung mit den Bedingungen rechnen, die durch das Über-Ich aufgestellt werden. Dies ist das Resultat einer neuen Persönlichkeitsstrukturierung, die durch die Ödipusphase hervorgerufen worden ist, und Hindernisse, die durch das Ego aufgestellt worden sind, müssen überwunden werden. Sowohl die Restriktionen durch das Über-Ich und die Verteidigungsmaßnahmen des Ich können den freien Ausdruck und die Entladung der Libido zurückhalten. Nicht nur das Ego und das Super-Ego, sondern auch die instinktiven Bedürfnisse können der Vervollständigung der sexuellen Reife Hindernisse in den Weg legen: Fixationen auf prägenitale Befriedigungsarten können sexuelle Energien aufsaugen; Angst, entstanden aus prägenitalen Konflikten, kann diese Energie abbiegen und sie in infantile Kanäle leiten. Solche Betrachtungen der Ökonomie der innerseelischen Prozesse weisen darauf hin, daß die Verschiedenheit im sexuellen Verhalten des Menschen nicht auf die Produktion der sexuellen Energie, sondern auf die Art ihrer Verausgabung zurückzuführen ist.

Bei Frauen ermöglicht der Fluß der Gonadenhormonproduktion das Studium der Wechselbeziehung zwischen Drüsenfunktionen und psychodynamischen Prozessen. Zum ersten Mal versuchten BENEDIK und RUBINSTEIN (23) derartige Untersuchungen. Ihre Arbeit basierte auf den psychosexuellen Manifestationen der Funktionen des Ovars. Gefunden wurde (1), daß die emotionalen Manifestationen des Geschlechtstriebes, ebenso wie die reproduzierenden Funktionen selbst, durch Gonadenhormone stimuliert werden; (2) daß parallellaufend mit der Oestrogenproduktion eine aktive, extrovertierte, heterosexuelle Tendenz die Verhaltensweise kennzeichnet, (3) daß parallellaufend mit der Progesterin-

phase die psychosexuelle Energie als passive, rezeptive und zurückhaltende Tendenz nach innen gerichtet wird, und (4) daß parallel mit dem hormonellen Zyklus ein emotionaler Zyklus abläuft. Der hormonelle und der emotionale Zyklus bilden zusammen den sexuellen Zyklus. Den Einfluß der Hormone auf die Emotionen zeigen die Beispiele von CHADWICK (28). Er folgert, daß, wenn keine Imprägnation stattfindet, vor der Menstruation der Hormonspiegel absinkt. Parallel hierzu findet eine teilweise Repression der psychosexuellen Integration statt und prägenitale Tendenzen finden sich in der Motivation des psychoanalytischen Materials, zumeist anal-sadistisch und eliminativ. Diese Tatsache - zusammen mit der gesteigerten Reizbarkeit des sympathischen Nervensystems - mag schuld daran sein, daß die prämenstruale Phase bei Frauen oft als wiederkehrende Neurose bezeichnet wird. Dies ist charakterisiert durch die Furcht vor dem Bluten und scheint die Idee wieder wachzurufen, daß die Menstruation mit der Kastration identisch ist. Depressionen können auch stark vorhanden sein. Kurz gesagt: die zyklischen Hormonveränderungen bei erwachsenen Frauen zwingen die emotionalen Prozesse in bestimmte Kanäle. Andererseits gibt es aber auch einen Einfluß emotionaler Faktoren auf die weiblichen Gonaden. Emotionen können den Menstruationsfluß beschleunigen oder zurückhalten. Auch der Zeitpunkt der Ovulation kann unter ähnlichen Einflüssen variieren, - so kann z.B. befriedigender oder erregender heterosexueller Geschlechtsverkehr die Ovulation erleichtern, während Hemmungen oder Angst sie zurückhalten können. Was die Länge des Zyklus betrifft, so hängt dieser ab von seinen Oestrogen- oder Progesteronphasen. Indirekte umweltbedingte und psychologische Faktoren können die Hormonsekretion beeinflussen und damit die Länge des Zyklus. Z.B. haben bisexuelle Individuen in der Regel kurze Zyklen, da bei ihnen die Progesteronphase nicht voll zur Entwicklung kommt. Frauen, deren infantile Fixierungen ein Vorherrschen rezeptiv-retentiver Tendenzen (Bulimie, Fettsucht) verursachen, haben für gewöhnlich ausgeprägte Progesteronphasen und damit lange Zyklen. Wenn die psychosexuelle Entwicklung noch mehr gehemmt wird, charakterisieren lange, hormon-niedrige Perioden den Zyklus. Der Menstruationsfluß kann innerhalb der Norm Schwankungen aufweisen.

Den nächsten Betrachtungspunkt stellen die möglicherweise auftretenden psychosexuellen Störungen dar. Die **I m p o t e n z** stellt eine Reihe von Symptomen dar, deren Kennzeichen die Unfähigkeit ist, den Geschlechtsakt mit einem Orgasmus durchzuführen. Der wichtigste dazu führende Konflikt ist die Kastrationsangst, die überhaupt die grundlegende Motivierung für alle sexuellen Störungen ist. Die Angst, den Penis zu verlieren, kann die Entwicklung einer Erektion verhindern und das Maß der Impotenz kann an der Stärke oder Schwäche

der Erektionen abgelesen werden. ABRAHAM (1) hat die verschiedenen Formen von *Ejaculatio praecox* studiert und es ist seitdem wenig zu seinen Beschreibungen hinzugefügt worden. Er stellt fest, daß die *Ejaculatio praecox* eine Fixierung auf eine Urethralerotik darstellt. Diese Fixierung der Libido entsteht im allgemeinen durch Enuresis und Masturbation und hängt deshalb zusammen mit Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen. Sie führt meist zu einer unbewußten Identifikation des Samens mit Urin, was den Impuls zur Ausscheidung hervorbringt, wenn der Druck gespürt wird. Das symptomatische Gegenteil hierzu ist die *Ejaculatio retardata*. Die Tendenz, zurückzuhalten, wird stärker als die, auszuscheiden, und man sieht darin die Angst, den Samen zu verlieren. Während die Kastrationsangst in diesen Fällen die Begierde nach und die Fähigkeit zur Erektion und Einführung des Penis nicht berührt, wird die Ejakulation gehemmt durch die Angst, sich selber zu verlieren, oder durch Todesangst. BENEDIK würde es nicht Überraschend finden, wenn bei näherer Beobachtung sich herausstellen würde, daß das Symptom mit der funktionellen Sterilität bei Männern zusammenhängt. Bei der *Homosexualität* fehlen die Verbindungen der psychodynamischen Konstellationen mit den körperlichen und hormonalen Indikatoren sexueller Abirrungen. In einigen Fällen zeigen Einzelheiten des Körperbaus, des Haarwuchses, der Gangweise und der Bewegungen, daß die Homosexualität tief eingewurzelt ist, nicht nur emotional, sondern auch in der physischen Erscheinung. Man hat mehrere Male versucht, das Rätsel durch die Bestimmung der endokrinen Verhältnisse zu lösen, um zu beweisen, daß die Ursache der Homosexualität eine Umkehrung der Androgen-Oestrogenrate ist. Aber nachdem auch bei sogenannten normalen Individuen dieser Indikator der Bisexualität stark variiert, löst er, wie BENEDIK sagt, das Problem der Homosexualität nicht. Die Hormentherapie (66) weist im allgemeinen keine Erfolge auf, aber psychoanalytische Therapie scheint eine Veränderung in den psychodynamischen Konstellationen hervorzurufen, wenn auch nur bei denjenigen Fällen, wo die Entwicklungshemmung stärker ist als die biologischen Motivationen. Die psychosexuellen Störungen bei Frauen - im Gegensatz zu denen der Männer - hängen mehr mit den hormonellen Funktionen zusammen. Jedoch bei der *Frigidität*, der häufigsten psychosexuellen Störung, ist dies nicht der Fall, - nur selten tritt sie in Verbindung mit schwerem Hypogonadismus auf. In allen anderen Fällen haben die Frauen trotz manchmal schwerer Frigidität völlig normale Gonadenfunktionen. Die Komplexität der sexuellen Reifung bei der Frau - mit all ihren Komplikationen in der heutigen Kultur - ist geeignet, Barrieren gegen die Sexualität zu errichten, die sich in einer Unfähigkeit der Frau zum Orgasmus ausdrücken. Die psychodynamischen Motivationen der Frigidität sind die gleichen wie die der Impotenz. Die Frigidität hat ihre Wurzeln in der Angst vor jener Gefahr, die im

Unterbewußtsein immer mit der Erreichung der sexuellen Befriedigung verbunden ist: der Angst, durch den Penis beschädigt zu werden und die vor Schwangerschaft und Geburt. In sozialer Hinsicht und in Bezug auf die Selbsteinschätzung ist die Frigidität für die Frau nicht so schädlich wie die Impotenz für den Mann. In der viktorianischen Ära galt der Orgasmus als "unweiblich", wogegen heute die Frigidität nicht eine Tugend, sondern einen Mangel darstellt, für den sich die Frauen manchmal selbst die Schuld geben, weit häufiger aber ihren Männern. Es gibt Frauen, denen eine partielle Befriedigung genügt, andere, die mit Ärger und Depressionen reagieren und wieder andere, die aus Angst vor ihren eigenen Hemmungen den Sexualakt ängstlich und feindselig beobachten und kontrollieren. So arbeiten sie ihrem eigenen Bedürfnis nach einem Orgasmus entgegen, soweit sie sich dessen bewußt sind. Die emotionalen Manifestationen enthüllen den darunterliegenden sexuellen Konflikt, der meist auf bisexuellen Tendenzen beruht, welche die Fähigkeit zum Orgasmus hemmen.

Der V a g i n i s m u s ist die extremste Ausprägung des bisexuellen Konflikts und der daraus entstehenden Angst. Dieses Symptom gibt die Verschiebung der erwarteten sexuellen Erregung auf die Damm- und Scheidenmuskeln wieder. Während es die Frau vor dem Schmerz, den sie fürchtet, bewahrt, erleidet sie einen anderen, den sie selbst sich zufügt. Der Vaginismus tritt gewöhnlich bei jungen Frauen auf, deren psychosexuelle Haltung neben einer Urethral- und Analfixation auch ihren sexuellen Infantilismus enthüllt. Das tritt nicht nur in ihrem Gefühlsleben zutage, sondern auch in der Unvollständigkeit und Unreife ihres Menstrualzyklus. Frauen mit labileren Hormonfunktionen scheinen zu Frigidität zu neigen. Die augenblicklichen Forschungsmethoden jedenfalls können sich nicht darüber klar werden, ob die Hormonproduktion die emotionale Atmosphäre beeinflusst oder ob das Umgekehrte der Fall ist.

Die D y s m e n o r r h o e (35) stellt diejenigen physischen und emotionalen Störungen dar, die 24-72 Stunden vor - oder kurz nach - dem Beginn der Menstruation auftreten können. Die häufige Form der Dysmenorrhoe ist die Menstrualkolik. Die üblichen Symptome dieser Kolik sind Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe, sowie Migräne (nebst anderen vasomotorischen Symptomen), Tachykardie oder Bradykardie, Angstzustände und Ohnmachtsanfälle. Im allgemeinen haben die Symptome der Dysmenorrhoe und der prämenstrualen Depressionen dieselbe psychodynamische Motivation wie diejenigen der normalen Begleitscheinungen des prämenstrualen Zustandes. Jedenfalls werden in der Dysmenorrhoe die Symptomanifestationen sehr übertrieben. Z.B. sind die emotionalen Manifestationen, die dem abnehmenden Progesteron entsprechen, motiviert durch die analen eliminativen und retentiven Tendenzen. In normalen Fällen werden diese

Tendenzen in Träumen ausgedrückt und in den emotionalen Reaktionen auf die Menstruation (sie sei etwas Schmutziges etc.), während bei der Dysmenorrhoe diese gleichen Tendenzen der Grund für die Auslösung der Menstrualkolik sind. Dies stellt für sich allein ein komplexes und interessantes Problem dar. Gemäß den psychoanalytischen Vorstellungen kann diese allgemeine nervöse Erregung durch die Angst erklärt werden, die ursprünglich durch die Menstruation bei diesen Individuen ausgelöst wurde und zu der noch die Furcht vor einer Wiederholung der Schmerzen kommt. Man weiß, daß physiologisch die ovarielle Schwäche die Irritabilität des autonomen Nervensystems verstärkt. Aber Dysmenorrhoe tritt nicht nur im Zusammenhang mit geringer Hormonproduktion auf. Sie ist oft eine Begleiterscheinung der hohen Oestrogenproduktion in der prämenstrualen Spätphase und während des Menstruationsflusses. Die psychodynamischen Reaktionen auf die prämenstruale Spätphase sind im allgemeinen intensiver und komplexer als dies nur auf der Basis der ovariellen Hormonproduktion allein zu erwarten wäre. Bei Dysmenorrhoe-fällen wird die Spezifität der psychodynamischen Reaktionen überschattet durch die Reaktion des autonomen Nervensystems. Trotzdem die Dysmenorrhoe eine Reaktion auf eine schwache (infantil gebliebene) ovarielle Funktion darstellt, ist sie nicht nur ein Symptom für Hyposexualität, sondern eher das Ergebnis der schwindenden Kontrolle des Ego über die psychosexuellen Konflikte. Diese Konflikte mobilisieren Angst und allgemeine Reaktionen des Nervensystems, die ihrerseits dann wieder die Frau zu einer überstarken Reaktion auf die prämenstruale Hormonveränderung disponieren.

Die O l i g o m e n o r r h o e kommt auf der Basis des Hypogonadismus zustande und öfters sekundär als ein Resultat psychischer Regression. Z.B. fand man dies bei Fällen von Bulimie und darauf folgender Fettsucht. Die metabolischen Prozesse der Fettsucht sowohl als auch Depressionen mögen für die Hyposexualität verantwortlich sein, die im allgemeinen gut auf Psychotherapie anspricht.

Die A m e n o r r h o e ist eine ernstere Form der Oligomenorrhoe. Sie kann ein Zeichen von Hypogonadismus oder ein Resultat psychischer Einflüsse sein. Die psychogenen Fälle kann man in zwei Hauptgruppen einteilen. Die erste besteht aus denjenigen jungen Frauen, die aus ihrer Verteidigungsstellung gegen die weibliche Sexualität heraus imstande sind, ihren sexuellen Zyklus mehr oder weniger ganz zu unterdrücken. Sie können sich ein Leben mit reicher heterosexueller Erfahrung zusammen phantasieren, das jedoch nichts mit dem "schmutzigen, schmerzhaften und unangenehmen Teil" der weiblichen Existenz zu tun hat. Eine organische Disposition fördert in der Regel ein solches Er-

gebnis. Diese Fälle sprechen auf Psychotherapie gut an. Nachdem sie fähig werden, auf heterosexueller Ebene stimuliert zu werden, verschwindet die Amenorrhoe im allgemeinen. Die zweite Form der Amenorrhoe tritt auf als Teilerscheinung des Syndroms der P s e u d o c y e s e. Die davon betroffene Frau glaubt felsenfest, schwanger zu sein und entwickelt objektive Schwangerschaftsanzeichen, obgleich gar keine Schwangerschaft besteht. Dies entsteht meist aus der Angst vor oder der Sehnsucht nach einer Schwangerschaft. Diese langanhaltende Amenorrhoe mit Ausweitung des Abdomens, Veränderungen an der Brust etc. ist ein Komplex psychosexueller Symptome, meist konversionshysterischer Natur. Meist sind diese Frauen steril. Nachdem sie unbewußt Angst vor einer Schwangerschaft haben und sich wegen ihrer oft bewußten feindlichen Einstellung gegenüber Kindern schuldig fühlen, rufen sie innerlich nach der Mutterschaft und fühlen während der Dauer der Pseudocycese die Befriedigung, die nur eine Schwangerschaft verleihen kann.

Die emotionalen Störungen, die mit der Schwangerschaft zusammenhängen, können mit H y p o c h o n d r i e bezeichnet werden. Diese ist das Ergebnis der Konzentration der (narzisstischen) Libido, die mit ängstlichem und sorgenvollem Gewahrbleiben des Organs oder der Organe beobachtet wird, die eine Quelle von Gefahr darstellen (38). So kann dieselbe narzisstische Kathexis, die der Grund der Zufriedenheit bei einer normalen Schwangerschaft ist, eine unerträgliche Angst hervorrufen, wenn das Ego der betreffenden Frau in der Mutterschaft nichts als Gefahren ahnt. In manchen Fällen verursacht die Angst, die aus der Reaktion auf die körperlichen Veränderungen während der Schwangerschaft und aus der Voraussicht der Gefahren der Geburt entspringt, nur hypochondrische Symptome. In anderen Fällen kann die mobilisierte Aggressionstendenz auf das Kind übertragen werden, das als die Ursache all der Störungen gehaßt und gefürchtet wird. Manchmal löst die primäre Aggression gegen das Kind eine Depression aus, die sekundär dann zur Hypochondrie führen kann. Das psychoanalytische Studium der verschiedenen Störungen in der Schwangerschaft enthüllt, daß die gleichen psychodynamischen Konflikte für verschiedene pathologische Phänomene verantwortlich sein können. Daraufhin nimmt BENEDIK an, daß konstitutionelle Faktoren (einschließlich aller anderen endokrinen Drüsen neben den Ovarien und - mit besonderer Betonung - der Epiphyse, der Nebennieren und der Schilddrüse) bestimmen, ob der entwicklungsmäßig bedingte Konflikt die somatischen Prozesse (hormonale und metabolische) beeinflussen wird oder ob der gleiche Konflikt psychiatrische Störungen aktivieren wird. Bei einigen Fällen kann die Schwangerschaftsangst und/oder die feindseligen Impulse gegen das Kind in Form einer Unterdrückung der hormonalen Prozesse, die die Schwangerschaft aufrechterhalten, arbeiten und so zur

Ursache eines Aborts werden. Bei anderen Fällen entsteht toxisches Erbrechen oder Anorexia nervosa ohne irgendwelches Bewußtwerden des emotionalen Konflikts. Bei den psychiatrischen Fällen kann die Schwangerschaft ihren normalen Verlauf nehmen, aber die Mutter kann unter panischen Angstzuständen leiden, deren Inhalt der Tod im Kindbett oder der Schaden ist, den der Fetus im Leib anrichten könnte. Die Panik kann durch selbstmörderische Impulse noch gesteigert werden oder durch aggressive Tendenzen gegen das Kind. In dem Verteidigungskampf gegen die Panik kann die Frau phobische Reaktionen oder Depressionen entwickeln, die in schwere schizophrene Psychosen (Wochenbettpsychose) ausarten können. In einigen Fällen kann eine Unterbrechung der Schwangerschaft oder eine Entbindung zu einer symptomatischen Heilung führen, wogegen in anderen die Frau, wenn der Prozeß einmal begonnen hat, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle entwickelt, da sie bezüglich ihrer natürlichen Funktionen versagt hat. Da gibt es dann kein Halten mehr.

Soweit die psychodynamischen Motivationen der Sterilität bekannt sind - mit Ausnahme von Anomalien des Beckens und der Drüsen, die auf Entwicklungsstörungen und Krankheit zurückgehen -, können die gleichen Konflikte, die in einer Frau eine hypochondrische Panik und in einer anderen Depressionen hervorrufen, in einer dritten zur Sterilität führen. Die Frauen, die an funktioneller Sterilität leiden, sind sich ihrer Ängste und Haßgefühle bezüglich Kind und Geburt nicht bewußt. Die funktionelle Sterilität hat viele Variationen. Da können wirkliche psychosomatische Symptome völlig fehlen, z.B. wenn der Wunsch nach Geschlechtsverkehr während der fruchtbaren Periode des Zyklus unterdrückt wird und dieser nur während der unfruchtbaren Phase stattfindet. Die körperlichen Veränderungen, die zur Unfruchtbarkeit führen, können in einer Verschiebung des Zyklus bestehen, so daß die Ovulation während der Menstruation eintritt, wo normalerweise kein Geschlechtsverkehr stattfindet (69). So kann die neurotische Verschiebung des Wunsches nach Elternschaft in einem oder beiden Partnern der Beginn der Sterilität sein. Die Motive, die eine Frau, die um ihre Sterilität weiß, dazu bewegen, ein Kind zu adoptieren, erfordern einen Einblick in die Psychologie sowohl der Mutterschaft wie die der Sterilität. Einige Frauen, die kein eigenes Kind haben können, nehmen das adoptierte in emotionaler Hinsicht als Ersatz an. Dies geschieht meist, wenn eine nichtsterile, mütterliche Frau sich mit der Sterilität ihres Mannes abfindet und so imstande ist, für das angenommene Kind eine gute Mutter abzugeben. Bei anderen Frauen überdeckt der Drang zur Adoption das Gefühl ihrer Minderwertigkeit und die Verletzung des Ego, die durch die Sterilität entsteht. Wiederum bei anderen erscheint die Adoption als eine Lösung für alle Probleme, da sie - neben anderen Befriedigungen -

die Eltern vor den Ängsten und narzissistischen Konflikten bewahrt, die sie bezüglich ihres eigenen Kindes haben könnten. Alle diese Faktoren zeigen die Komplexität der Elternschaft auf. Daß solche Einflüsse genügen können, die weibliche Fähigkeit zum Kinderkriegen zu unterdrücken, zeigt sich an denjenigen Fällen, wo die Mutter nach der Adoption eines Kindes plötzlich selbst fruchtbar wird. Das kommt gar nicht so selten vor. Es scheint, daß die Frau, nachdem sie ein Kind emotional angenommen und ihre Mütterlichkeit sozusagen praktiziert hat, ihre Ängste soweit verliert, daß eine Empfängnis möglich wird.

Übrig bleibt die Spekulation über die Gründe der verschiedenen Grade der Empfänglichkeit des reproduktiven Apparats für den Einfluß von Emotionen. Nachdem die Konflikte, die sich aus der Umweltsituation ergeben, begrenzt sind und die Reaktionen auf sie außerordentlich verschieden, ergibt sich die Frage, welche konstitutionellen Faktoren für die Intensivierung des Konflikts auf psychologischer Seite verantwortlich sind. Ganz allgemein kann man sich auf die Bisexualität berufen. Auf organischer Seite können konstitutionelle Faktoren schuld an der Verletzlichkeit des endokrinen Systems, die die Sterilität zuläßt, sein.

10. Diskussion und Zusammenfassung

In seinen allgemeinen Angaben über Psychotherapie erklärt ALEXANDER es für gebräuchlich, die psychotherapeutischen Vorgänge in zwei Kategorien einzuteilen: die u n t e r s t ü t z e n d e n und die e n t h ü l l e n d e n Methoden (8). Aber da das Feld dieser Therapie so weit ist, glaubt er, daß diese Zweiteilung der Komplexität des wirklichen Geschehens nicht gerecht wird. Im allgemeinen zielen die enthüllenden Prozeduren darauf hin, die Fähigkeit des Individuums zur selbständigen Behandlung unterdrückter und unbewußter emotionaler Konfliktsituationen zu steigern. Solche Konflikte entstehen zumeist in der Säuglings- oder Kleinkinderzeit, werden aber dann später durch momentane Lebenssituationen zur Entfaltung gebracht. Bei der Behandlung versucht der Therapeut, das Ego der ursprünglichen Konfliktsituation erneut auszusetzen, mit der es als Kind nicht fertig werden konnte und die es deshalb zu verdrängen versuchte. Die Unterdrückung unterbricht den natürlichen Prozeß des Dazulernens und erlaubt keine korrigierende Anpassung der unterdrückten Tendenzen. Das Ziel der Therapie ist, den alten, ungelösten oder neurotisch gelösten Konflikten die Lösung zu geben, die ihnen damals gemäß gewesen wäre. Das wesentliche therapeutische Werkzeug ist die Übertragung, in welcher der Patient seine frühen Konflikte mit der Umwelt mit dem Therapeuten in Verbindung bringt. Das Zurückweichen in die abhängige Haltung der Kindheit und Jugend ist eine ständige Begleiterscheinung dieser Übertragung, und in der Mehrzahl der Fälle scheint sie die zentrale zu sein. Dieses Zurückweichen hat eine unterstützende Wirkung. Es erlaubt dem Patienten, seine eigenen Entschlüsse zu verschieben und die Verantwortlichkeiten seiner Erwachsenenexistenz auf den Therapeuten abzuwälzen, was der Einstellung eines Kindes gegenüber seinen Eltern entspricht. Der Nachteil dieser Behandlungsmethode ist die Tatsache, daß der Patient einen Rückfall erleidet, sobald sie unterbrochen wird. Primär ist unterstützende Behandlung am Platze, wenn der funktionelle Schaden des Ego temporärer Natur ist und durch emotionalen Stress hervorgerufen wurde: hier besteht die therapeutische Aufgabe in der Befriedigung von Abhängigkeitsbedürfnissen während Stress-Situationen und so in der Erleichterung der Angst. Eine andere Form der emotionalen Erleichterung besteht darin, dem Patienten eine Gelegenheit zu geben, sich emotional abzureagieren. Die objektive Betrachtung der Konfliktsituation des Patienten und die Unterstützung seines Urteils ist wieder eine andere Methode, - hier bekommt der Patient eine bessere Perspektive, - von der aus er seine Gesamtsituation überschauen kann.

Eine andere Unterstützungsmethode ist die U n t e r s t ü t z u n g der eigenen neurotischen Verteidigungsmaßnahmen des Ego. Dies ist am Platze, wenn die Fähigkeit des Individuums, mit dem unbewußten Material in der richtigen Weise umzugehen, angezweifelt werden muß, so daß es durch die geschwächte Verteidigungsstellung ins Bewußtsein einzubrechen droht. Letztlich, wenn der neurotische Zustand das Resultat einer chronischen Verwicklung des Patienten in eine besonders schwierige, äußere Lebenssituation ist, mit der er nicht fertig werden kann, dann kann mit der Therapie nur bei dieser Lebenssituation selbst angesetzt werden.

Die genaue Dauer einer Behandlung kann man in keinem Fall voraussagen. Alle Formen der Psychotherapie müssen auf dem Wissen über die Persönlichkeitsentwicklung und die psychodynamischen Verhältnisse des Patienten beruhen, sonst würde die Behandlung unwirksam und möglicherweise mehr schädlich als nützlich sein.

Was die enthüllenden Methoden betrifft, so sind sie am Platze, wenn funktionelle Störungen des Egos - ausgelöst durch ungelöste Kindheitskonflikte - chronische Zustände hervorgebracht haben. Hier ist eine systematische und verlängerte Behandlungsform nötig, während der das Ego den früheren pathogenetischen Erfahrungen erneut ausgesetzt wird. Auch hier kann man unmöglich vorherwissen, wie lang die Behandlung dauern wird. Zu diesen beiden Behandlungsformen hat die Chicagoer Gruppe noch einen weiteren therapeutischen Faktor hinzugefügt. Sie ist der Ansicht, daß die Übertragung, wenn sie einen korrigierenden Wert haben soll, unter äußerst spezifischen Bedingungen vor sich gehen muß. Wie diese Bedingungen zu schaffen sind, ist das hauptsächlichste technische Problem der psychoanalytischen Behandlung. Die Tatsache, daß die Reaktion des Therapeuten verschieden ist von der desjenigen Elternteils, an dessen Verhalten sich der Patient als Kind durch seine eigenen neurotischen Reaktionen so gut wie möglich angepaßt hat, schafft für den Patienten die Notwendigkeit, diese alten emotionalen Verhaltensweisen aufzugeben und zu korrigieren. Dies hat weitreichende Konsequenzen für die Technik der Behandlung. Diese berücksichtigt nicht nur die Übertragung, sondern auch die Einstellung des Analytikers gegenüber dem Patienten, sozusagen die Gegenübertragung. FREUD'S originale Anschauung war, daß der Analytiker infolge der Neutralität seiner Einstellung wie eine leere Leinwand funktioniert, auf die der Patient seine emotionalen Reaktionen projiziert. Die heutige Ansicht geht jedoch dahin, daß die Verbindung zwischen Patient und Analytiker einer Zweibahnstraße vergleichbar sein solle. Es besteht kein Zweifel darüber, daß auch der Analytiker dem Patienten gegenüber eine emotionale Einstellung be-

sitzt, die durch seine eigene Persönlichkeitsstruktur bestimmt wird. Diese Gegenübertragung wird vielleicht nicht offen ausgedrückt, aber sie trägt dennoch bei zu dem, was ALEXANDER "das emotionale Klima des Interviews" nennt. Das wichtigste therapeutische Element ist genau die Tatsache, daß die Reaktionen des Therapeuten sich von den pathogenetischen elterlichen Reaktionen unterscheiden, ja, der ganze selbstenthüllende Prozeß in der Psychoanalyse wird nur durch dieses Prinzip überhaupt möglich gemacht. Auf der Basis mehrjähriger Experimente wurde gefunden, daß die spontane Gegenübertragungseinstellung des Analytikers nicht nur kontrolliert, sondern durch einen Typ von Antwort ersetzt werden sollte, der am besten dazu geeignet sei, die Irrationalität des neurotischen Benehmens des Patienten herauszubringen. Wenn z.B. die Selbstsicherheit des Patienten schwer unter einem tyrannischen Vater zu leiden gehabt hat, sollte das Klima während der Analyse ein ausgesprochen nachgiebiges sein.

In einer späteren Arbeit behauptet ALEXANDER (9), daß das Auftauchen prägenitalen Materials nicht immer bedeutet, daß der Analytiker tief in die unbewußten Quellen der Neurose des Patienten eingedrungen ist. Oftmals haben wir es zu tun mit einem regressiven Ausweichen ungelöster Konflikte, meist solcher, die um den Oedipuskomplex kreisen. Ein Beispiel dafür ist der Patient mit peptischem Ulcus. Hier wäre an sich zu erwarten, daß die entscheidenden Faktoren primär in oralen Konflikten zu finden wären. Bei der Behandlung solcher Fälle entwickelt der Patient, sobald er einmal seine Schuldreaktionen und seine narzissistische Sensitivität gegenüber oral-abhängigen Bedürfnissen losgeworden ist, eine bequeme abhängige Übertragungsbindung und erfährt rasche, symptomatische Besserung. Tiefere Analysen solcher Patienten zeigen jedoch, daß die orale Regression lediglich ein Sich-Zurückziehen von einer Oedipusrivalität ist. Zuerst überkompensiert der Patient seine Rivalität mit einer passiven, homosexuellen Einstellung gegenüber dem Vater, und dann versucht er diese drohende Lösung des originalen Konflikts zu vermeiden, indem er orale Rezeptivität gegenüber der Mutter - als eine ungefährlichere und narzissistisch weniger schädliche Lösung - an die Stelle der passiven Homosexualität setzt. Der Punkt, der bewiesen werden muß, ist, daß das zutiefst liegende Material in chronologischer Hinsicht nicht immer das früheste ist. Bei solchen Fällen ist es schwieriger, das oedipale als das orale Material zu mobilisieren, da es tiefer verdrängt worden ist. Mit anderen Worten: nicht ein Faktor (orale Konflikte), sondern zwei Gruppen von Faktoren werden gebraucht, um diese Krankheit zu erklären. Hier kann das oedipale Material nur mobilisiert werden, wenn es gelingt, die relativ bequeme orale Regression zu durchkreuzen, d.h. die abhängige Übertragung, und

so den Patienten gegen die oedipale Barriere zu treiben. Das ist nicht einfach. Die meisten Vorteile scheinen sich zu ergeben, wenn man die Häufigkeit der Kontakte reduziert. Die Interpretation der Übertragungssituation wird erleichtert, wenn man die Abhängigkeitsbefriedigungen der Übertragung beschränkt. Wohl ausgewogene Reduktion der Häufigkeit der Interviews ist eines der mächtigsten Mittel, die Abhängigkeitsbedürfnisse lebhaft ins Bewußtsein zu bringen. Das allgemeine Prinzip ist, daß der Analytiker eine maximale Häufigkeit ansetzen soll, bis er so weit ist, daß er die Rolle der ursprünglichen in den Konflikt verwickelten Person übernehmen kann, mit anderen Worten, bevor die innerpsychischen Konflikte in die originalen Kindheitssituationen zurückverwandelt werden. Dies ist weiterhin am Platze, wenn der Patient einen starken anfänglichen Widerstand gegen ein Abhängigkeitsverhältnis geleistet hat, und auch bei akuten Angstzuständen. Diese Maßnahmen sollen verbunden sein mit Ratschlägen für diejenigen Lebensbedingungen des Patienten, die der Analyse am förderlichsten sein könnten, z.B. eine Entfernung des Patienten von seiner Familie. Mit solchen Maßnahmen kann man die Intensität der Übertragung nach beiden Seiten hin regulieren, was wiederum über Erfolg oder Mißerfolg der Behandlung entscheiden kann.

Wie das Abhängigkeitsbedürfnis des Patienten gehandhabt werden soll, ist ein zentrales Problem der psychoanalytischen Therapie. Gewisse Zugeständnisse an eine Regression in einen infantilen Status müssen gemacht werden. Jedenfalls muß man sich auch über die Gefahren, die aus den therapeutischen Maßnahmen entstehen können, im klaren sein und muß sich damit abfinden, keinen genauen Zeitpunkt für die Heilung angeben zu können.

In den letzten 20 Jahren hat sich eine neue Phase der psychosomatischen Forschung entwickelt, die im wesentlichen mit der Klärung des Unterschiedes zwischen hysterischen Konversionssymptomen und vegetativen Reaktionen auf psychologische Stimuli begann. Man erkannte, daß hysterische Konversionssymptome den vegetativen Reaktionen insofern ähneln, als sie beide psychogen sind. Hysterische Konversionssymptome sind ein Versuch, eine emotionale Spannung auf symbolische Weise zu entladen, sie sind ein falsch platzierter Ausdruck bestimmter emotionaler Inhalte. Dieser Mechanismus beschränkt sich auf willentliche neuromuskuläre Symptome, deren Funktion es ist, Emotionen auszudrücken und zu entspannen. Eine vegetative Neurose indessen besteht aus einer psychogenen Störung eines vegetativen Organs, das nicht unter der Kontrolle des dem Willen unterworfenen neuromuskulären Systems steht und somit keine psychologische Sinngebung ausdrücken kann. Die vegetativen Symptome sind nicht Ersatzausdrucksformen von Emotionen, sondern ihre normalen Begleiterscheinun-

gen. Die pathologische Natur des Zustandes besteht primär in der Tatsache, daß unter fortgesetzten emotionalen Reizungen, die durch ungelöste Konflikte hervorgerufen werden, die vegetativen Reaktionen chronisch werden. Mit der Zeit kann das zu nicht mehr rückbildungsfähigen Gewebsveränderungen führen, deren Resultat dann organische Syndrome sind. Die Ansicht, daß organische Erkrankungen die Folge chronischer neurotischer Konflikte sein können, war für das Problem der Ätiologie in der Gesamtmedizin von großer Bedeutung.

Die grundlegende theoretische Idee der psychosomatischen Studien des Chicago Instituts für Psychoanalysis war, daß emotionale Zustände sich nicht nur im äußeren Verhalten ausdrücken, sondern daß auch die inneren physiologischen Vorgänge in adaptiver Weise auf jede emotionale Verfassung reagieren. Diese Idee stammt von CANNON auf Grund seiner experimentellen Studien der physiologischen Veränderungen, die regelmäßig auf bestimmte emotionale Zustände wie z.B. Wut oder Angst folgen. Auf der Basis klinischer Studien kamen ALEXANDER und Mitarbeiter zu dem Schluß, daß spezifische emotionale Zustände spezifische physiologische Reaktionen hervorrufen. Z.B. haben oral-inkorporative Bedürfnisse eine bestimmte Wirkung auf den Magen-Darmtrakt, und Wut auf Grund verschiedener psychologischer Situationen kann entweder das neuromuskuläre, das gastrointestinale oder das Gefäßsystem beeinflussen. Bei diesen Studien wurden die beobachteten psychologischen Prozesse nicht mit dem gesamten Krankheitsbild in Beziehung gebracht, sondern nur mit einzelnen physiologischen Prozessen wie gastrischen Sekretionen, Gefäßzusammenziehungen oder Muskelspannungen.

Was das Problem der Spezifität betrifft, so gibt es drei hauptsächliche Schulen von Theorien. Die erste sagt aus, daß diejenigen psychologischen Faktoren, welche die Funktionen der vegetativen Organe beeinflussen oder stören, ebenso spezifisch sind wie die, welche man bei Konversionshysterie als grundlegend erkannt hat. Sie haben eine symbolische Bedeutung, die in psychologischer Terminologie interpretiert werden kann. Dies ist die älteste psychoanalytische Ansicht, von der man heute weit abgekommen ist. Die zweite Richtung behauptet, daß die Natur der aktiven emotionalen Faktoren die Natur der vegetativen Störungen vielleicht nicht bestimmt. Viele verschiedene psychologische Reize können die gleichen vegetativen Reaktionen hervorrufen. Die Natur der vegetativen Störungen hängt stark von konstitutionellen Faktoren ab oder von einer früher erworbenen stärkeren Verletzlichkeit des betroffenen Organs. Unter dem Einfluß von Emotionen können sich organische Störungen ent-

sprechend den Orten des schwächsten Widerstandes im Körper entwickeln. Die dritte Ansicht über die Spezifität ist die Hypothese des Chicago-Instituts. Sie nimmt zwischen den beiden anderen Gedankengängen eine Mittelstellung ein: sie läßt die Verletzlichkeit des Organs nicht außer acht, fügt jedoch jenen Faktor, der auf CANNON'S originalen Faktoren basiert, noch hinzu, der darin besteht, daß jeder emotionale Zustand eine charakteristische, korrespondierende, physiologische Reaktion aufweist. Die Stimulation des sympathico-adrenalen Systems resultiert in einer Hebung des Blutdrucks und einer relativen Hemmung der Verdauungsfunktionen, und all dies bildet einen Teil des Zustandes der Wut. Entspannung und emotionales Sich-Zurückziehen von äußeren Angelegenheiten gehen Hand in Hand mit einem physiologischen Zustand, der etwa das Gegenteil dessen darstellt, der bei Notsituationen gefunden wird. Ein entspannter Zustand wird physiologisch charakterisiert durch einen verstärkten Stoffwechselspeicherprozeß. Die gastro-intestinalen Funktionen werden stimuliert, während die Skelettmuskeln und das Kreislauf- und Atemsystem gehemmt werden. Dies sind Adaptionsreaktionen der vegetativen Organe auf die Gesamtsituation. Die Natur des emotionalen Zustands bestimmt den Typ der physiologischen Reaktion, und dann wird die erhöhte Verletzbarkeit des betroffenen Organs erkannt. Die Koexistenz dieser beiden Faktoren ist für die organische Störung verantwortlich.

DUNBAR hält gewisse Persönlichkeitsmerkmale für charakteristisch für bestimmte Krankheiten. Diese Züge treten offen in Erscheinung und können durch Studien des Persönlichkeitsprofils beschrieben werden. ALEXANDER betont, daß spezifische Korrelationen nicht zwischen offensichtlichen Persönlichkeitsmerkmalen und vegetativen Reaktionen bestehen, sondern zwischen vegetativen Reaktionen und meist unbewußten, emotionalen Konstellationen, die in verschiedenen Persönlichkeitstypen vorhanden sein und während des Lebens ein und derselben Person immer wieder verschwinden und erneut auftreten können.

Die Psychologie beschreibt dem Willen unterworfenen Verhalten in Begriffen von Motiven und Zielen. Die physiologischen Funktionen, die geeignet sind, gewisse Ziele zu erreichen, können bezüglich ihrer Nützlichkeit verstanden werden. Diese physiologischen Funktionen werden durch das autonome Nervensystem übertragen, dessen Endorgane die betroffenen Muskeln sind. Expressive Innervationen sind spezifische physiologische Prozesse wie Weinen, Lachen, Erröten, Seufzen etc., die unter dem Einfluß bestimmter emotionaler Spannungen vor sich gehen. Die physiologischen Systeme, die in diesen Verhaltensweisen eingeschlossen sind, schließen sowohl das willensmäßige wie das autonome Nervensystem ein. Bei expressiven Innervationen können die Skelettmuskeln auf extrapyramidalen

Wegen aktiviert werden. Störungen dieser Funktionen können als hysterische Konversionssymptome klassifiziert werden, z.B. hysterisches Lachen und Weinen. Genauer gesagt überbrücken solche Störungen die Lücke zwischen hysterischer Konversions- und vegetativer Neurose, da sie die Grundzüge beider in sich vereinen. Z.B. kann beim hysterischen Weinen das Symptom als hysterisches Konversionssymptom bezeichnet werden, da es einen spezifischen, unbewußten psychologischen Sinn in einer körperlichen Veränderung ausdrückt. Jedenfalls ist hier ein Charakteristikum einer vegetativen Neurose vorhanden, da in diesem Prozeß physiologische Wege aktiviert werden und da sie gewisse Funktionen des autonomen Nervensystems einschließen. Psychosexuelle Phänomene ähneln im wesentlichen expressiven Innervationen. Durch sexuelle Aktivität kann sich der Organismus von emotionalen Spannungen befreien. Wegen der komplexen Teilhabe der cerebrospinalen, autonomen und endokrinen Reaktionen (Kopulation, Erektion, Ejakulation, Orgasmus, periodische Veränderungen in der sexuellen Wiederholungsfähigkeit etc.) können die Störungen des Sexualapparates nicht starr als hysterische Konversionen oder vegetative Neurosen klassifiziert werden. Verschiedene sexuelle Störungen können Züge beider Mechanismen aufweisen, und zwar in wechselnden Proportionen (Frigidität und Amenorrhoe). Dieses Gebiet ist noch weithin unerforscht. Die meisten der laufenden psychosomatischen Studien befassen sich mit dem Mechanismus der vegetativen Reaktionen. Die adaptive Reaktion unter diesem Mechanismus ist in der Notsituation eine Stimulation des Organismus zu Angriff oder Flucht auf dem Weg über das sympathico-adrenale System. Dazu gehört ein katabolischer Zustand des Körpers. Das vegetative Sich-Zurückziehen ist der Rückzug des Organismus in einen Zustand der Entspannung durch eine Reizung des parasympathischen Systems. Dies ist verbunden mit einem anabolischen Körperzustand. Eine andere vegetative Reaktion sind die regressiven Innervationen. SZASZ interpretierte gewisse autonome Störungen auf spezifischere Weise als Regressionen in frühere, infantile Arten autonomen Funktionierens. Er betonte auch, daß das Charakteristikum vieler dieser Syndrome - anstatt eines Vorherrschens des einen oder anderen Astes des autonomen Nervensystems oder eines "autonomen Gleichgewichts" in psychosomatischen Störungen - eine lokalisierte parasympathische Hyperfunktion ist wie z.B. peptisches Ulcus, Diarrhoe, Asthma oder Neurodermatitis. Diese autonomen Störungen stellen Regressionen in spezifisch physiologische Aktivitäten dar. Z.B. hat sich gezeigt, daß die Vagus-Hyperaktivität des Patienten mit peptischem Ulcus jenem Vorherrschens des Vagus ähnelt, das in den ersten beiden Lebensjahren der Fall ist, zu einer Zeit, wo der sympathetische Nachschub in den Gastrointestinaltrakt noch nicht voll entwickelt ist. In ähnlicher Weise zeigt sich bei eini-

gen Fällen von Diarrhoe eine Verbindung zu einer Reaktivierung des gastrokolischen Reflexmechanismus, der während der Kinderzeit am aktivsten ist. Auf der Basis solcher Beispiele plus gewisser theoretischer Überlegungen ergab sich, daß solche Arten autonomer Reaktionen (lokalisierte parasympathische Hyperfunktion) als regressive Innervationen bezeichnet werden können. Im Gegensatz dazu wurden gewisse chronische symptomatische Reizungen von Organen oder Organsystemen als begleitende Innervationen bezeichnet.

Lebenssituationen und Emotionen, die in Bezug auf vegetative Reaktionen auf die Physiologie des Körpers wirken, müssen auch in Rechnung gestellt werden. HAROLD G. WOLFF, STUART WOLFF und Mitarbeiter haben eine große Anzahl physiologischer Reaktionen auf experimentell eingeleitete emotionale Zustände studiert. Ihre Methode war, sorgfältige Beobachtungen über gastrische Aktivität an Hand einer gastrischen Fistel zu machen, dies in Kombination mit gewissen physiologischen Messungen in verschiedenen Lebenssituationen. Ähnliche Studien wurden gemacht an den Augen, den Schleimhäuten, dem Kolon, den Bronchien, der Nase und an Patienten mit essentieller Hypertonie. WOLFF interpretiert viele dieser Reaktionen als vorhanden, um schädliche Reizungen abzuhalten. Diese Erklärungen - sagt ALEXANDER - seien Ausweitungen von CANNON'S grundlegender Lehre über "fight or flight" (Angriff oder Flucht) in Bezug auf sehr viele physiologische Reaktionen, die CANNON selbst nicht berücksichtigt hat. Der Hauptwert der Arbeit von WOLFF und WOLFF liegt in ihren akkuraten Beobachtungen auf dem weiten Gebiet der psychosomatischen Reaktionen. Sie unterscheiden nicht zwischen den bewußten und den unbewußten psychologischen Prozessen, und das wohlbekannte Phänomen der Repression findet keine Erwähnung. Eine andere vegetative Reaktion ist die endokrine bei chronischem Stress. SELYE'S "allgemeines Adaptionssyndrom" bezeichnet eine Kettenreaktion von Geschehnissen, die durch eine Anzahl von Stress-Situationen ausgelöst und durch hormonale Mechanismen weitergeführt wurde. Die erste Reaktion auf einen Stress ist eine "Alarmreaktion". Der Fall eines verlängerten Stress verursacht chronische hormonelle Verteidigungsreaktionen und führt zu Adaptionskrankheiten. Das Verständnis des genauen Einflusses der psychologischen Faktoren auf das endokrine System ist noch weithin unerforschtes Gebiet. Die Trennung von physiologisch koordinierten Funktionen kann ebenfalls zu verschiedenen vegetativen Reaktionen führen. SYDNEY MARGOLIN und Mitarbeiter haben berichtet, daß ein unter psychoanalytischer Beobachtung stehender Patient zeigte, daß unter gewissen Umständen verschiedene gastrische Funktionen die Verbindung verlieren können, z.B. die Veränderungen in der gastrischen Motilität und die Sekretion von HCl und Pepsin, die nicht parallel miteinander laufen. Sie variieren in unabhängiger und zufälliger Weise. Früher hingen die

meisten psychosomatischen Studien mit Hyper- und Hypofunktionen zusammen. Diese Beobachtungen weisen auf die Trennung organischer Funktionen als auf einen anderen möglicherweise krankheitsproduzierenden Mechanismus hin. SZASZ erhebt eine ähnliche Frage im Hinblick auf die normalerweise koordinierten Funktionen der gastrischen und der Speicheldrüsen. Er bemerkte, daß bei schwangeren Frauen häufig eine Hypersalivation vorkommt und daß bei solchen Fällen das Auftreten eines Ulcus duodeni äußerst selten ist. Hier erhebt sich die Frage, ob die Speichel- und gastrischen Drüsen in diesen Fällen dissoziiert werden. Die Bedeutung dieser Beobachtung muß noch ausgewertet werden.

Die psychologischen Faktoren in vegetativen und psychosexuellen Störungen müssen nunmehr besprochen werden. Jedes der erwähnten Syndrome fällt in die eine oder andere von zwei Kategorien. Das hängt davon ab, ob der psychologische Faktor zu einer physiologischen Störung führt (z.B. Ulcus duodeni) oder ob die physiologischen Faktoren psychische Störungen hervorrufen (z.B. Diabetes mellitus oder der Menstrualzyklus der Frau). Diese Studien bestanden primär in der Beschreibung typischer psychodynamischer Konstellationen, die bei bestimmten organischen Erkrankungen ständig auftreten. Trotzdem diese Forschungsergebnisse weitgehend empirischer Natur sind, sind die psychophysiologischen Korrelationen bei der Hypertonie immer vorhanden. Jedenfalls kann man über die genaue ätiologische Bedeutung der hier beschriebenen psychodynamischen Konflikte bei spezifischen, individuellen Syndromen noch nichts Endgültiges aussagen. Es ist möglich, daß einige der psychodynamischen Konflikte, die mit den physiologischen Veränderungen zusammenhängen, selber Derivate von viel grundlegenden Konflikten darstellen.

Es sollte bemerkt werden, daß die Rolle der quantitativen (psycho-ökonomischen) Faktoren in der Entwicklung gewisser Syndrome durch Formulierungen, die nur die psychodynamische Seite berücksichtigen, nicht erklärt werden kann. Das ist ein Nachteil praktisch aller psychodynamischen Studien und ist wahrscheinlich - mindestens zum Teil - zurückzuführen auf die methodologischen Schwierigkeiten bei der Behandlung quantitativer Faktoren. Weil man die Intensität der Impulse bei einem Konflikt auf keine Weise messen kann, ist vorsichtiger psychoanalytische Beobachtung bei der Schätzung der relativen Stärke der instinktiven Kräfte und der Verteidigungsmaßnahmen gegen sie erforderlich. Die Rolle der quantitativen Faktoren kann dazu helfen, die Verbindung zwischen psychosomatischen Erkrankungen und Psychosen aufzuzeigen. Z.B. ist berichtet worden, daß die Remission psychotischer Symptome von psychosomatischen gefolgt war, - spezifische Korrelationen zwischen ulcerativer Colitis und paranoider Schizophrenie sowie Asthma und paranoider Schizophrenie.

nie sind Beispiele dafür.

Das Problem der Natur der ökonomischen Funktionen verschiedener organischer Erkrankungen in Bezug auf den psychischen Apparat oder den Gesamtorganismus haben BETTLHEIM und SYLVESTER weiterhin besprochen. Sie beobachteten das Auftreten verschiedener physischer Symptome bei emotional gestörten Kindern. Diese Symptome schienen die Bedeutung eines typischen spannungsentladenden Mechanismus zu haben, wenn die normal emotionale Reifung durch Umweltschwierigkeiten blockiert wurde. Wenn das emotionale Wachstum dann fortschreiten konnte, verschwanden die physischen Symptome. In ähnlicher Weise beobachtete SZASZ beim psychiatrischen Studium von Patienten mit Ulcus duodeni, die mit einer Vagotomie behandelt worden waren, bei vielen von ihnen die Entwicklung einer Anzahl neuer Symptome. Diese Forschungen betonen die psychisch-ökonomische Bedeutung organischer Krankheiten, inklusive der vegetativen Neurose (81, 82).

In methodologischer Hinsicht haben FRENCH und SHAPIRO (41) eine Arbeit über "den Nutzen von Traumanalysen in der psychosomatischen Forschung" beigetragen. Die hier ausgedrückten Ideen stammen aus zwei Quellen, erstens aus Forschungen über primär chronische Arthritis und zweitens aus FRENCH'S ausgedehnten Studien über die integrativen Funktionen des Ego. Diese Arbeit zeigt, wie die Aktivität eines bestimmten physiologischen Systems aus dem manifesten Inhalt der Träume des Patienten abgeleitet werden kann. In dieser Hinsicht haben die Ideen auch enge Verwandtschaft mit BENEDIK'S Arbeit über den Sexualzyklus der Frau.

SZASZ nähert sich der ökonomischen Funktion einer physiologischen Störung auf dem Wege der Einführung der Idee, der "physiologische integrative Mechanismus" sei dem Ego analog. Dieser "Mechanismus" ist weiterhin unterteilt in 3 Systeme, das cerebrospinale, das autonome und das hormonale. Es wird angenommen, daß die funktionelle Fähigkeit jeder dieser drei Systeme zu jeder bestimmten Zeit eine bedeutsame Rolle in der Pathogenese von den das jeweilige System betreffenden Syndromen spielt.

Bei gastrointestinalen Störungen scheint die Betonung oder Behinderung des Wunsches nach Liebe und Schutz bewiesen zu sein. Dies ist eng verbunden mit der Ernährung und kann fast jede Phase der Inkorporation und Verdauung der Nahrung aktivieren oder hemmen. Diese Funktionen, die unter der Kontrolle von autonomen Innervationen stehen, werden durch emotionale Stimuli aktiviert oder behindert und die Folge davon ist dann das Bedürfnis, zu empfangen und umsorgt zu werden, was auf der psychologischen Ebene dem Wunsch, gefüttert zu werden, entspricht. Physiologisch ist dies verbunden mit einer Intensivierung der Ma-

gensekretion. Diese psychologischen Komponenten können jedoch nicht die gesamte ätiologische Theorie der gastrointestinalen Störungen bilden. Es gibt Individuen, die trotz ähnlicher Konflikte keinerlei Störungen dieser Art zu erleiden hatten. Wahrscheinlich erklärt ein Zusammenwirken der psychologischen und anatomischen Faktoren die pathologische Entwicklung. Auch quantitative (psycho-ökonomische) Faktoren können eine Rolle dabei spielen. Was die Ausscheidungsfaktoren betrifft, so hat man auf diesem Gebiet weit weniger feststellen können. Unter den emotionalen Faktoren, die bei dieser Störung vorhanden sind, finden sich Besitzgier, Pflichtgefühl und Verantwortungsgefühl, der Wunsch, zu geben, feindselige Impulse in der Form des Beschmutzens und infantile Sexualtheorien über Schwangerschaft und Geburt (die das Kind mit den Faekalien in Zusammenhang bringen).

SZASZ versucht, die schwierigere Theorie der emotionalen Konflikte und ihrer Auswirkung auf die Peristaltik des Kolons und des Rektums zu erklären. Diese Einflüsse können aus Variationen der oralen Tendenzen - durch die Mediation des gastro-kolischen Reflexes - herrühren. Die Theorie beruht auf dem, was man als den grundlegenden Rhythmus des gastro-intestinalen Geschehens ansieht, auf der Folge dessen, was dem säugenden Kind geschieht (Hunger, Fütterung, Defäkation und Schlaf). Die Aktivierung des oberen Teils des Gastro-Intestinaltrakts durch parasympathische Stimulation ist meist begleitet von einer Hemmung auf dem Gebiet des Kolons und Rektums, wogegen ein Abnehmen des Vagotonus mit einem Anstieg in der Aktivität der unteren Darmabschnitte Hand in Hand geht. Gemäß dieser Theorie glaubt man die Aktivierung oraler Bedürfnisse in Parallele mit einem Anstieg der Vagusaktivität. Dies führt zu einer relativen Hemmung der Funktionen des Kolons und Rektums und so zu Verstopfung. Die Befriedigung oral-inkorporativer Bedürfnisse (in Wirklichkeit oder symbolisch) oder - meist - eine Hemmung durch Schuldgefühle auf Grund der sadistischen Natur der Impulse geht Hand in Hand mit einem Abnehmen der Vagusaktivität. So ist indirekt eine erhöhte Stimulation der sakralen parasympathischen Zone vorhanden, die Kolon und Rektum versorgt, und es entsteht eine Diarrhoe. Es ist ebenfalls wahrscheinlich, daß "anale Mechanismen" ebenso wie "orale Mechanismen" die Funktionen des Kolons und des Rektums beeinflussen können. Analerotische Impulse können die Reflexmechanismen auf dem Wege über die Anal-Rektalzone aktivieren.

So schlug SZASZ (81, 82) auf der Basis psychiatrischer Studien an Patienten mit peptischem Ulcus, die mit einer Vagotomie behandelt worden waren, eine neue Hypothese über die "Psychogenese" der Verstopfung und der Diarrhoe vor. Diese Theorie weicht ab von der Interpretation dieser Symptome an Hand der Begriffe der Retention und Elimination. Statt dessen ist behauptet worden,

daß die Aktivierung, Befriedigung oder Behinderung oraler Impulse durch eine Kettenreaktion physiologischer Geschehnisse (der gastrokolische Reflex) sekundär zu einer Aktivierung oder Hemmung der Funktionen des unteren Darmabschnittes führt.

SZASZ behauptete zum Thema der Hypersalivation, daß diese physiologische Störung wahrscheinlich bei Patienten mit peptischem Ulcus häufig vorkommt. Er interpretierte sie als eine spezifische physiologische Regression des oberen Teiles des Verdauungstrakts (16).

Beim Bronchialasthma scheint - nach FRENCH und ALEXANDER - die Hemmung des Drangs, zu weinen, der entscheidende emotionale Faktor zu sein. Die Angst vor einer Trennung von der Mutter oder ihrer Ersatzfigur bringt den Drang hervor, die mütterliche Liebe durch die Beichte verbotener Gedanken und Impulse zurückzugewinnen. Wenn dieser Drang in dem Patienten zurückgedrängt wird, kann er - wenn er eine allergische Sensibilität hat - mit einer Atemstörung, die man als Asthma kennt, reagieren. Wie bei gastro-intestinalen Störungen sind psychologische und physiologische Faktoren (allergische Sensibilität) kombiniert. Das Verschwinden eines der Faktoren kann zur Heilung führen.

Im Hinblick auf das kardiovaskuläre System berichtet BACON (16) von psychoanalytischen Beobachtungen über Herzschmerzen. Sein Material beruhte auf den Analysen von 8 Männern und 4 Frauen, die häufig oder weniger häufig "Herzschmerzen" hatten. In kurzen Zügen erklärt er als die Ursache von Herzschmerzen die Tatsache, daß in dem Patienten unbewußte rezep tive Impulse sich mit streitsüchtigen oder ängstlichen verbinden. Es ist wohl bekannt, daß orale Impulse eine Vagusstimulation bewirken wie beim Essen und bei der Verdauung oder wie bei der schädigenden Stimulierung des Magen-Darmtrakts. Die Vagusstimulation dieses Trakts verlangsamt reflexhaft die Herztätigkeit und verschiebt das Blut aus den die Skelettmuskulatur versorgenden Gefäßbereichen in die splanchnische Zone zum Zweck der Verdauung. Sie zieht auch höchstwahrscheinlich die Koronararterien und Arteriolen zusammen. Wenn dieser anabolische Zirkulationstypus mit Vorherrschen des Vagus durch Wut oder Angst plötzlich gestört wird, stört die erhöhte sympathische Stimulation das vegetative Gleichgewicht. Daraus kann eine Funktionsstörung des Herzens entstehen, die zu Ischaemie und Herzschmerzen führen kann.

Bei der essentiellen Hypertonie ist ein fortgesetzter Kampf gegen feindselige Impulse eine der wesentlichen Grundlagen. Die Verdrängung von aggressiven, selbstbestätigenden Impulsen ist häufig die Folge eines Konflikts, der sich in der Überkompensation einer drunter liegenden unterdrückten exzessiven Abhän-

gigkeit äußert. Die charakteristischsten Merkmale sind Wutanfälle in der frühen Kindheit, was sich häufig - meist in der Pubertät - zu außerordentlicher Selbstkontrolle wandelt.

ENGEL (36) nennt die folgenden verborgenen pathologischen Prozesse als zu synkopalen Anfällen führend: erstens die Änderung des cerebralen Metabolismus auf Grund von Kreislaufstörungen, zweitens dasselbe auf Grund von metabolischen Faktoren, drittens die psychologischen Mechanismen, die keine der bekannten Störungen des cerebralen Metabolismus oder des Kreislaufs einschließen. Die zwei meistverbreiteten Typen von Ohnmachtsanfällen bei jungen Erwachsenen sind vasodepressorischer und hysterischer Natur.

Bei migräneartigen Kopfschmerzen ist man sich nicht klar darüber, ob eine Gefäßzusammenziehung die primäre Störung ist und die Erweiterung eine kompensatorische Begleiterscheinung, oder ob die Vasodilatation einen unabhängigen Ursprung hat. Ob spezifische psychologische (dynamische und ökonomische) Faktoren für die Tatsache verantwortlich sind, daß ein Patient eine Hypertonie entwickelt, ein anderer eine Arthritis und ein dritter Migräne, ist noch nicht bekannt, denn in all diesen Zuständen sind die gleichen emotionalen Faktoren enthalten. Gemäß ALEXANDER hat voll ausgebildetes aggressives Verhalten drei Phasen. Die erste ist die konzeptuelle Phase, die charakterisiert wird durch die Vorbereitung der Attacke in der Phantasie sowohl als auch durch die Planung der Attacke mit Hilfe einer geistigen Veranschaulichung. Die zweite ist die vegetative Vorbereitung des Körpers auf die Attacke, einschließlich den Veränderungen in der Blutzirkulation und dem Stoffwechsel. Die letzte ist die neuromuskuläre Phase, die Vollendung des aggressiven Aktes durch koordinierte Muskelaktivität. Die Natur der Symptome kann abhängen von derjenigen Phase, die betont wird oder in der der gesamte psychosomatische Prozeß gestoppt und verdrängt wird. Wenn der Prozeß in der ersten Phase zum Stillstand kommt, können migräneartige Kopfschmerzen entstehen. In der zweiten Phase verursacht der Stillstand Hypertension und in der dritten Arthritis. Die spezifische Verletzlichkeit des betroffenen Systems muß auch mitberücksichtigt werden.

Beim Hyperthyreoidismus tauchen bestimmte charakteristische Züge auf. Unter ihnen ist die Exponiertheit zu einer traumatischen Situation oder der "Base-dow-Schock". Ein anderer vorherrschender Zug ist ein lebenslänglicher Drang des Patienten nach beschleunigter Reifung und Selbstgenügsamkeit. Beim Diabetes mellitus tauchen Anzeichen der typischen psychologischen Phänomene in Form eines instabilen, oralen Bedürfnisses auf. Das kann die Adaption des Organismus an eine ererbte metabolische Insuffizienz sein.

Ermüdungszustände sind gemäß McCULLOCH, CARLSON (27), ALEXANDER und PORTIS vom Kohlenhydratstoffwechsel abhängig. Ständiger Eifer und auch Zustände der Wut - so sagen diese Autoren - regen den Kohlenhydratstoffwechsel an. Bei Störungen an der Haut kann das Kratzen, wenn es einmal angefangen hat, von ätiologischer Bedeutung für eine Neurodermatitis sein. Es drückt oft spezifische psychologische Konflikte aus. Die Rolle von sowohl feindseligen als auch erotischen (Masturbation) Impulsen beim Kratzen ist wohl bekannt. KEPECS und Mitarbeiter (50) beschrieben experimentelle Studien bei Urticaria bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Weinen und Exsudationen der Haut. Sie haben gefunden, daß das Weinen begleitet ist von einer erhöhten Flüssigkeitssekretion in die Haut, experimentell reproduziert durch eine Hautblase. Jedenfalls resultiert eine Hinderung des Weinens in einem Abfallen der Exsudationsrate der Haut. Wenn die Hemmung behoben ist, steigt sie wiederum an.

Eine größere kollaborative Forschung über Krebs wurde 1949 begonnen. Die erste Phase der Untersuchungen innerhalb dieses Programms waren Studien an weiblichen Krebspatienten, und zwar Fälle von Brustkrebs. Berichte, die BACON, RENNEKER und CUTLER 1952 (16) veröffentlichten, befaßten sich mit der Verhaltensweise der 40 beobachteten Patienten. Man fand in erster Linie eine masochistische Charakterveranlagung, zweitens gehemmte Sexualität, drittens verdrängte Muttergefühle. Der vierte Zug war eine Unfähigkeit, Angst, Angriffslust oder Feindseligkeit in der richtigen Weise zu entladen, - die Gefühle werden dann mit einer Fassade von Freundlichkeit überdeckt. Fünftens war da ein ungelöster feindseliger Konflikt mit der Mutter, der durch Ablehnung und unrealistische Selbstaufopferung gehandhabt wurde. Sechstens fand sich eine Verzögerung beim Aufsuchen des Arztes. Es wird betont, daß es nicht beabsichtigt und möglich war, in dem kurzen Bericht eine wirklich profunde psychologische Hypothese aufzustellen. Wenn der Verdacht, den der Bericht weckt, irgendeinen Grund hat - nämlich daß emotionale Kräfte unter Umständen als Katalysatoren für Krebsreaktionen dienen können -, dann müßte eine zugleich allgemeinere und detailliertere Forschung auf allen Krebsgebieten die Bestätigungen und Erklärungen erarbeiten.

In einem kurzen Überblick über das Kapitel dieser Arbeit, daß die Sexualfunktionen und ihre Störungen behandelt, kann man sagen, daß das Zusammenspiel zwischen den organischen (d.h. den Gonaden-) Faktoren und den psychischen ein labiles Gleichgewicht darstellt. Nachdem die psychologische Seite dieses Equilibriums das Resultat der sexuellen Reifung ist, kann die reziproke Wechselbeziehung zwischen den Gonadenfunktionen und den Emotionen an der Entwicklungsgeschichte des Individuums und seiner Symptome studiert werden. Nachdem das Gleichgewicht unter inneren und äußeren Einflüssen fluktuiert,

kann es auch an jeder ausgewählten Situation studiert werden. Die psychosomatische Annäherung an die Probleme sexueller Störungen erlaubt die Konstruktion einer Reihe, an deren eines Ende wir die primär organischen Störungen und an deren anderes Ende wir die primär psychologisch bedingten Zustände stellen können. Nachdem jeder Zustand bestimmt wird von dem Zusammenwirken der organischen mit den psychischen Faktoren, kann keiner der Aspekte unter dem Ausschluß des anderen betrachtet werden. Sie sind wechselseitig abhängige Variablen, welche die sexuellen Einstellungen und Funktionen vom Normalen bis zum Anomalen darstellen.

In der Therapie der psychosomatischen Erkrankungen verdient das Problem der enthüllenden Methode gegenüber den stützenden Methoden große Aufmerksamkeit. Bei der enthüllenden Methode gibt es einen starken Zug zur genauen Differenzierung zwischen richtiger psychoanalytischer Behandlung und anderen enthüllenden Prozeduren, die sich die Prinzipien der Psychoanalyse nutzbar machen. Diese letzteren unterscheiden sich von der klassischen Methode hauptsächlich in quantitativer Hinsicht. Die Anzahl der Interviews, ihre Häufigkeit und die ganze Behandlungsdauer hängen ab von mehreren Faktoren, die beim gegenwärtigen Wissensstand nicht abgeschätzt werden können. Der Behandelnde muß sich in jedem individuellen Fall einen Weg suchen und die optimale Behandlungsintensität finden. Viele Therapeuten am Chicago-Institute wurden der Notwendigkeit inne, vom Anfang der Behandlung an die regressiv-abhängige Komponente der Übertragung zu bremsen. So wertvoll sie auch als Faktor sein mag, so muß sie doch auf einer optimalen Ebene gehalten werden dadurch, daß sie ins Bewußtsein gebracht und dort festgehalten wird. Das kann nur durch Hemmung geschehen. Eine der wirkungsvollsten Hemmungsmethoden ist die wohlausgewogene Reduzierung der Häufigkeit der psychoanalytischen Interviews und die Einschaltung wohlüberlegter Zwischenräume. Die routinemäßige Fortsetzung der Behandlung in täglichen Interviews kann die regressiven Tendenzen in einem solchen Grad begünstigen, daß mancher Patient sie nie mehr loswerden kann. Das Problem einer angemessenen Übertragungsbindung bei optimaler Intensität muß gelöst werden. Die Übertragungserfahrung ist bei der heutigen Behandlungsweise mit einbezogen und wirksam nicht nur, weil sie dem Ego eine neue Möglichkeit gibt, mit alten Konflikten fertig zu werden, sondern auch weil diese Begegnung des Ego mit seinen ungelösten oder schlecht gelösten Konflikten unter neuen Umständen stattfindet. FREUD betont zwei günstige Faktoren bei der Therapie, beide ihrer Natur nach quantitativ: erstens, daß die Übertragungssituation abgemilderte und unwirkliche Wiederholungen der ursprünglichen pathogenen Situation sind, und zweitens, daß der gleiche Konflikttyp nunmehr einem erwachsenen Ego anstelle eines schwachen, infantilen vorgelegt wird. ALEXANDER fügt

noch einen dritten Faktor hinzu, nämlich den, daß die Reaktionen des Analytikers selbst auf das Übertragungsverhalten des Patienten sich von den originalen väterlichen Reaktionen auf das instinktive Verhalten des Kindes unterscheiden. Auf der Basis dieser Studien (9) schlug er das "Prinzip des Kontrasts" vor, das darin besteht, daß die Einstellung des Analytikers objektiv, nicht wertend ist. Im Rahmen dieser grundlegenden Einstellung sollte das subtilere interpersonale Klima in jeder Phase der Behandlung möglichst das Gegenteil davon darstellen, wie es in der - nunmehr in der Behandlung wiederholten - ursprünglichen Situation vorherrschte.

Die psychosomatische Medizin als Investigationsmethode besteht im wesentlichen in der Kombination der investigativen Techniken der Medizin und der Psychoanalyse. Es gibt keine spezifische Technik der psychosomatischen Therapie. Die Annäherung auf psychosomatischem Wege muß viel eher als ein universales Prinzip der Medizin verstanden werden, sozusagen als eine medizinische "Weltanschauung". Das gilt für jeden Patienten, denn jeder Patient ist - außer Träger eines erkrankten Organs - auch noch ein individuelles menschliches Wesen mit emotionalen Reaktionen, die in diese spezifische Krankheit verwickelt sind. Bei einigen Fällen kann der psychologische (interpersonale) Stress ätiologisch verbunden sein mit der entstandenen Krankheit, bei anderen ist die emotionale Störung vielleicht eine Reaktion auf den primär somatischen Krankheitsprozeß.

Literatur-Verzeichnis

1. ABRAHAM, K.: "Ejaculatio Praecox", Chapter 13 in Selected Papers. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1927.
2. ALEXANDER, F.: "Emotional Factors in Essential Hypertension", Psychosom. Med. 1, 173, 1939.
3. ALEXANDER, F.: "Analyses of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic treatment". The Psychoanalytic quarterly 19, 482, 1950.
4. ALEXANDER, F.: "The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium. I. General Principles, Objectives and Preliminary Results", Psychoanalyt. Quart.
5. ALEXANDER, F.: The Medical Value of Psychoanalysis. New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1936.
6. ALEXANDER, F.: "Psychologic Factors in G.I. Disturbances". Alexander, F. and Franch, T. (eds.) Studies in Psychosomatic Medicine, New York, Ronald, 103, 1948.
7. ALEXANDER, F.: "Fundamentals of Psychoanalyses", New York, Norton, 1948.
8. ALEXANDER, F.: "Current Views on Psychotherapy" Jour. study of Interpers. Process. 16, 116, May 1953.
9. ALEXANDER, F.: "Quantitative Aspects of Techniques - On the problem of a workable transference relationship of optimal intensity. Journ. Amer. Psychoanalytic Ass. 2, 690, 1954.
10. ALEXANDER, F.: "Uncovering Methods as Opposed to Supporting Methods". Journ. Amer. Psychoanalytic Ass. 2, 729, 1954.
11. ALEXANDER, F.: Psychosomatic Medicine, New York, W.W. Norton & Company, Inc. New York, 1950.

12. ALEXANDER, F.: "Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension", *Psychosom. Med.* 1, 139, 1939.
13. ALEXANDER, F.: "Treatment of a Case of Peptic Ulcer and Personality Disorder", *Psychosom. Med.* 9, 320, 1947.
14. ALEXANDER, F. et al.: "The Influence of Psychologic Factors Upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium. *Psychoanalyt. Quart.* 3, 501, 1934.
15. ALEXANDER, F. and MENNINGER, W.C.: "Relation of Persecutory Delusions to the Functioning of the Gastro-Intestinal Tract", *J. Nerv. & Ment. Dis.* 84, 541, 1936.
16. ALEXANDER and ROSS: "Twenty Years of Psychoanalyses by T. Szasz". *Psychosom. Research* 268, 1953.
17. ALEXANDER, F. and PORTIS, S.A.: "A Psychosomatic Study of Hypoglycaemic Fatigue", *Psychosom. Med.* 6, 191, 1944.
18. ALEXANDER et al.: "An Approach to the Cause and Treatment of Vegetative Disturbances". *Studies in Psychosomatic Med.* N.Y., Ronald Press, 1948.
19. APPEL, JESSE and ROSEN, S.R.: "Psychotic Fact. in Psychosom. Illness". *Psychosom. Med.* 12, 236, 1950.
20. BACON, C.: "The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-Intestinal Disturbances: A Symposium. II. Typical Personality Trends and Conflicts in Cases of Gastric Disturbance", *Psychoanalyt. Quart.* 3, 540, 1934.
21. BARTEMEIER, L.H.: "A Psychoanalytic Study of a Case of Chronic Exudative Dermatitis", *Psychoanalyt. Quart.* 7, 216, 1938.
22. BEACH, F.A.: "Die Überwertige Idee und ihre Beziehung zur Suchtkrankheit", *Internat. Ztschr. f. Psychoanal.* 22, 59, 1936.
23. BENEDIK, T. and RUBENSTEIN, B.B.: "The Sexual Cycle in Women. *Psychosom. Med. Monographs*, Volume III, Nos. I and II. Washington, D.C., National Research Council, 1942.

24. BOND, E.: "Psychiatric Contributions to the Study of the Gastrointestinal System", Am. J. Digest. Dis. 5, 482, 1938.
25. BROH-KAHN, R.H.,
PODORE, C.J. and
MIRSKY, I.A.: "Uropepsin Excretion by Man. II. Uropepsin Excretion by Healthy Men", J. Clin. Investigation 27, 825, 1948.
26. CANNON, W.B.: Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. Second Edition. New York, D. Appleton & Co., 1920.
27. CARLSON, H.B.,
McCULLOCH, W. and
ALEXANDER, F.: "Effects of Zest on Blood Sugar Regulation". Read by title at the A. Research Nerv. & Ment. Dis., New York, December 9, 1949.
28. CHADWICK, M.: The Psychological Effects of Menstruation. Nerv. & Ment. Dis. Monograph Series No. 56. New York and Washington, Nerv. & Ment. Dis. Publ. Co., 1932.
29. CLARK, D., HOUGH, H.
and WOLFF, H.G.: "Experimental Studies on Headache. Observations on Histamine Headache", A. Research Nerv. & Ment. Dis. Proc. 15, 417, 1935.
30. CORIAT, I.: "Sex and Hunger", Psychoanalyt. Rev. 8, 375, 1921.
31. CORMIA, F. and
SLIGHT, D.: "Psychogenic Factors in Dermatoses", Canad. M.A.J. 33, 527, 1935.
32. DRAPER, G.: "The Common Denominator of Disease", Am. J.M.Sc. 190, 545, 1935.
33. DUNBAR, F.: Emotions and Bodily Changes. Third Edition, New York, Columbia University Press, 1947.
34. DUNAR, F.: "Physical Mental Relationships in Illness, Trends in Modern Medicine and Research as Related to Psychiatry", Am. J. Psychiat. 91, 541, 1934.
35. DUNBAR, F.: Psychosomatic Diagnosis. New York, London, Paul B. Hoeber, Inc. 1943.
36. ENGEL, G.L. and
ROMANO, J.: "Studies of Syncope: IV. Biologic Interpretation of Vasodepressor Syncope", Psychosom. Med. 9, 288, 1947.

37. FAHRENKAMP, K.: Die psychophysischen Wechselwirkungen bei den Hypertonie-erkrankungen. Stuttgart, Hippokrates-Verlag, 1926.
38. FERENCZI, S.: "Disease- or Patho-Neuroses", Chapter 5 in Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis. London Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1926.
39. FRENCH, T.N.,
ALEXANDER, F. et al.: Psychogenic Factors in Bronchial Asthma, Parts I and II. Psychosom. Med. Monographs IV, and II, Nos. I and II. Washington, National Research Council, 1941.
40. FRENCH, T.M., in
collaboration with
JOHNSON, A.M.: "Brief Psychotherapy in Bronchial Asthma", in Proceedings of the Second Brief Psychotherapy Council. Chicago, Institute for Psychoanalysis, 1944.
41. FRENCH, T.M. and
SHAPIRO, L.B.: "The Use of Dreams Analysis in Psychosomatic Research". Psychosom. Med. 11, 110, 1949.
42. GILLESPIE, R.D.: "Psychological Aspects of Skin Diseases", Brit. J. Dermat. 50, 1, 1938.
43. GOLDBLATT, H.: "Studies on Experimental Hypertension. V. The Pathogenesis of Experimental Hypertension Due to Renal Ischemia", Ann. Int. Med. 11, 69, 1937.
44. GRAHAM, J.R. and
WOLFF, H.G.: "Mechanism. of Migraine Headache and Action of Ergotamine Tartrate", Arch. Neurol. & Psychiat. 39, 737, 1938.
45. HAM, G.C., ALEXANDER, F.
and CARMICHAEL, H.T.: "Dynamic Aspects of the Personality Features and Reactions Characteristic of Patients with Graves' Disease". Presented at the A. Research Nerv. & Ment. Dis., New York, December 9, 1949.
46. HILL, L.B.: "A Psychoanalytic Observation on Essential Hypertension", Psychoanalyt. Rev. 22, 60, 1935.
47. JOHNSON, A.M.,
SHAPIRO, L.B. and
ALEXANDER, F.: "A Preliminary Report on a Psychosomatic Study of Rheumatoid Arthritis", Psychosom. Med. 9, 295, 1947.

48. KAPP, F.T.,
ROSENBAUM, M. and
ROMANO, J.:
"Psychological Factors in Men with
Peptic Ulcers", Am. J. Psychiat. 103, 700,
1947.
49. KEPECS, J.,
ROBIN, M. and
BRUNNER, M.J.:
"The Relationship of Certain Emotional States
and Transudation into the Skin". Presented
at the Annual Meeting of the Am. Psychosom. Sec.
Atlantic City, April 30, 1949.
50. KEPECS, J.,
ROBIN, M. and
BRUNNER, M.J.:
"Relationship between Certain Emotional States
and Exudation into the Skin". Psychosom. Med.
13, 10, 1951.
51. KRONFELD, A.:
"Oesophagus-Neurosen", Psychotherapeut. Praxis
1, 21, 1934.
52. LEVEY, H.B.:
"The Influence of Psychologic Factors upon
Gastro-Intestinal Disturbances. A Symposium.
IV. Oral Trends and Oral Conflicts in a Case of
Duodenal Ulcer", Psychoanalyt. Quant. 3, 574,
1934.
53. LEVINE, M.:
"The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-
Intestinal Disturbances. A Symposium. V. Pre-
genital Trends in a Case of Chronic Diarrhea
and Vomiting", Psychoanalyt. Quant. 3, 583, 1934.
54. LONG, C.N.H.:
"Conditions Associated with Secretion of Adrenal
Cortex", Federation Proc. 6, 461, 1947.
55. MARCUSSEN, R.M. and
WOLFF, H.G.:
"Therapy of Migraine",
J.A.M.A. 1939, 198, 1949.
56. MARKEE, J.E.,
SAWYER, C.H. and
HOLLINSHEAD, W.H.:
"Andrenergic Control of the Release of
Luteinizing Hormone from the Hypophysis of the
Rabbit", Rexent Progr. Hormone Research 2, 117,
1948.
57. MEYER, A.,
BOLLMEIER, L.N. and
ALEXANDER, F.:
"Correlation between Emotions and Carbohydrate
Metabolism in Two Cases of Diabetes Mellitus",
Psychosom. Med. 7, 335, 1945.
58. MENNINGER, K.:
"Emotional Factors in Hypertension", Bull.
Menninger Clin. 2, 74, 1938.

59. MENNINGER, K. and "Psychoanalytic Observations in Cardiac
MENNINGER, W.C.: Disorders", Am. Heart J. 11, 10, 1936.
60. MEYER, K., PRUDDEN, J.F., "Lysozyme Activity in Ulcerative Alimentary
LEHMAN, W.L. and Disease. I. Lysozyme in Peptic Ulcer", Am. J.
STEINBERG, A.: Med. 5, 482, 1948.
61. MEYER, K.,
GELLHORN, A.,
PRUDDEN, J.F., "Lysozyme Activity in Ulcerative Alimentary
LEHMAN, W.L. and Disease. II. Lysozyme Activity in Chronic
STEINBERG, A.: Ulcerative Colitis, Am. J. Med. 5, 496, 1948.
62. MILLER, M.L.: "Psychodynamic Mechanisms in a Case of Neuroder-
matitis", Psychosom. Med. 10, 309, 1948.
63. MILLER, M.L.: "A Psychological Study of a Case of Eczema and
a Case of Neurodermatitis, Psychosom. Med. 4,
82, 1942.
64. MILLER, M.L.: "The Etiology of Diabetic Acidosis", J.A.M.A.
118, 690, 1942.
65. MIRSKY, I.A., BLOCK, S., "Uropepsin Excretion by Man, I. The Source, Pro-
OSHER, S. and perties and Assay of Uropepsin", J.Clin. In-
BROH-KAHN, R.H.: vestigation 27, 818, 1948.
66. PERLOFF, W.H.: "Role of the Hormones in Human Secuality",
Psychosom. Med. 11, 133, 1949.
67. PODORE, C.J.,
BROH-KAHN, R.H. and "Uropepsin Excretion by Man. III. Uropepsin Ex-
MIRSKY, I.A.: cretion by Patients with Peptic Ulcer and Other
Lesions of the Stomach", J.Clin. Investigation
27, 834, 1948.
68. PORTIS, S.A. and "A Mechanism of Fatigue in Neuro-psychiatric
ZITMAN, I.H.: Patients", J.A.M.A. 121, 569, 1943.
69. RUBENSTEIN, B.B.: "Functional Sterility in Women", Ohio State M.J.
35, 1066, 1939.
70. RUESCH, J., CHRISTIANSEN, C.,
HARRIS, R.E., DEWEES, S., "Duodenal Ulcer. A Sociopsychological Study of
JACOBSON, A. and Naval Enlisted Personnel and Civilians. Berkeley
LOEB, M.B.: and Los Angeles, University of California Press,
1948.

71. SAUL, L.J.: "Hostility in Cases of Essential Hypertension", *Psychosom. Med.* 1, 153, 1939.
72. SAUL, L.J. and BERNSTEIN, C.: "The Emotional Settings of Some Attacks of Urticaria", *Psychosom. Med.* 3, 349, 1941.
73. SAWYER, C.H., MARKEE, J.E. and TOWNSEND, B.F.: "Cholinergic and Andrenergic Components in the Neurohumoral Control of the Release of LH in the Rabbit", *Endocrinology* 44, 18, 1949.
74. SCARBOROUGH, I.F.: "Neuro-Dermatitis from a Psychosomatic Viewpoint", *Dis. Nerv. System* 9, 90, 1948.
75. SCHMIED, M.: "Essteuerung und Verstimmung vor dem dritten Lebensjahr", *Ztschr. f. Psychoanal. Paed.* 10, 241, 1936.
76. SCHULZE, V.E. and SCHWAB, E.H.: "Arteriolar Hypertension in the American Negro", *Am. Heart. J.* 11, 66, 1936.
77. SELYE, H.: "The General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation", *J. Clin. Endocrinol.* 6, 117, 1946.
78. STOKES, J.H.: "The Nervous and Mental Component in Dutaneous Disease", *Pennsylvania M.J.* 35, 229, 1932.
79. SZASZ, T.S.: "Physiologic and Psychodynamic Mechanisms in Constipation and Diarrhea". *Psychosom. Med.* 13, 112, 1951.
80. SZASZ, T.S.: "Oral Mechanisms in Constipation and Diarrhea". *Internat. Journ. Psycho-Analyses* 32, 146, 1951.
81. SZASZ, T.S.: "Psychiatric Aspects of vagotomy". *Psychosom. Med.* 11, 187, 1949.
82. SZASZ, T.S.: "Psychiatric Aspects of Vagotomy. II.A. Psychiatric Study of Vagotomized Ulcer Patients with Comments on Prognosis", *Psychosom. Med.* 11, 187, 1949.
83. SZASZ, T.S., KIRSNER, J.B., LEVINE, E. and PALMER, W.L.: "The Role of Hostility in the Pathogenesis of Peptic Ulcer: Theoretical Considerations with the Report of a Case". *Psychosom. Med.* 9, 331, 1947.

84. TALBOT, N.B., SOBEL, E.H., "Dwarfism in Healthy Children: Its Possible Relation to Emotional, Nutritional and Endocrine Disturbances", New England, J. Med. 236, 783, 1947.
BURKE, B.S.,
LINDEMANN, E. and
KAUFMAN, S.B.:
85. WEISS, E.: "The Cardiospasm: A Psychosomatic Disorder", Psychosom. Med. 6, 58, 1944.
86. WEISS, E.: "Psychoanalyse eines Falles von nervösem Asthma", Internat. Ztschr. f. Psychoanal. 8, 440, 1922.
87. WHITE, B.V., COBB, S. Mucous Colitis. Psychosom. Med. Monogr. I.
and JONES, C.M.: Washington, D.C., National Research Council, 1939.
88. WILSON, G.W.: "The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium. III. Typical Personality Trends and Conflicts in Cases of Spastic Colitis", Psychoanalyt. Quart. 3, 558, 1934.
89. WOLFF, T.: "Dynamic Aspects of Cardiovascular Symptomatology", Am. J. Psychiat. 91, 563, 1934.
90. WOLFF, H.G. and "Studies on a Subjects with a Large Gastric
WOLFF, S.: Fistula, Changes in the Function of the Stomach in Association with Varying Emotional States", Tr. A. Am. Physicians 57, 115, 1942.
91. WULFF, M.: "Über einen interessanten oralen Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht", Internat. Ztschr. f. Psychoanal. 18, 28, 1932.

Lebenslauf

Am 16. April 1933 wurde ich als Sohn des Alexander Markowitz und seiner Ehefrau Ruth, geb. Horowitz, in New York geboren.

Nach elfeinhalbjährigem Schulbesuch in New York kam ich auf die New York Universität, New York, wo ich das Studium für das Bachelor of Arts Diplom begann. 1953, nach Beendigung meines Studiums an der Universität in New York, immatrikulierte ich mich an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Das Physikum legte ich 1955, in Mainz, mit Erfolg ab. Alle anderen klinischen Semester habe ich an der Universität in München studiert.

Das Thema für die vorliegende Dissertation erhielt ich aus der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. A. Marchionini).

Das medizinische Staatsexamen beendete ich im Winter 1958 an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München abzulegen.

Zum Abschluß möchte ich Herrn Dozent Dr. med. Dr. phil. Borelli für die Überlassung der Dissertationsarbeit und für die Bemühungen, vor allem aber für die wertvollen Hinweise meinen aufrichtigen Dank aussprechen.

Danken möchte ich auch Herrn Professor Dr. med. Alfred Marchionini für die Übernahme des Korreferates.



